

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** *I. N. Halle i B. Motz.* O gruźlicy cewki tylnej i gruczołów ją otaczających (dok).—str. 833. *II. D-r L. Rzeźniowski.* Podstawy psycho-fizjologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 837. *III. D-r H. Fidler.* Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 846.

IV. Dział sprawozdawczy: *I. Choroby wewnętrzne.* 421. *Gerngross.* Zapalenie około wyrostka robaczkowego i leukocytoza—str. 854. 422. *Drozdowski.* Znaczenie rozpoznawcze objawu Oliver'a przy tętniakach aorty piersiowej—str. 856. 423. *Kayser.* Paratyphus—str. 857. 424. *Mircoli i Gervino.* Wpływ wysokości na krew—str. 858. 425. *Rénon.* Nadprzeponowe utajone wysięki opłucny u dotknięt. wadą serca—str. 858. 426. *Stachelim.* Przypadek samoistnego ogólnego obrzęku z zejściem śmiertelnem—str. 859. *Mendel.* Niedomoga odruchowa w suchotach—str. 860. 428. *Fernarier.* Risques tarés et assurance sur la vie d'après les travaux du congrès de Paris—str. 861. 429. *Cheinisse.* Tożsamość liptomozy symetrycznej bolesnej choroby Dermum'a—str. 863. *II. Wiadomości terapeutyczne:* od № 430—436—str. 863. *III. Bibliografia*—str. 868. *IV. Tow. Lek. Warsz.*—str. 870. *Kronika bieżąca*—str. 873. *Zmarli*—str. 876. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 21. *I. N. Halle et B. Motz.* Sur l'infection tuberculeuse uréthrale postérieure et glandulaire—p. 833. *II. D-r L. Rzeźniowski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'hystérie—p. 837. *III. D-r H. Fidler.* La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 846.

I. Z kliniki dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

O GRUŹLICY CEWKI TYLNEJ

i

GRUCZOŁÓW JĄ OTACZAJĄCYCH.

Napisali:

N. Halle i B. Motz.

(Dokończenie).

Rokowanie w gruźlicy cewki tylnej jest, jak wiadomo, poważne. Pomimo to nie powinniśmy jednak zapominać, że gruzełki w gruczole

krokovym i pęcherzykach nasiennych mogą i, bez wątpienia, bywają uleczalne nie tylko w początku, ale i w okresie choroby dość posunięty. Badanie histologiczne dowiodło ważności, a zarówno i częstości sprawy twardnienia ochronnego w gruczole krokowym, a jeszcze częściej w pęcherzykach. Często odczyn w postaci rozrostu tkanki łącznej w około grucelka obmurowuje, powstrzymuje, tłumi i w ten sposób leczy ogniska gruczlicze. Lecznictwo winno się rachować z taką możliwością dodatniego zejścia. Zakażenie wtórne, jak to powiedzieliśmy wyżej, jest naturalnie czynnikiem chorobowym szkodliwym, przydaje ono bowiem do wpływów lasecznika swoistego wpływy własne i potężnie wspomaga rozwój sprawy gruczliczej w kierunku rozmiękczeń, ropienia i stopniowego owrzodzenia, prowadzącego do tworzenia się jam.

Zabiegi miejscowe chirurgiczne, jak cewnikowanie mogą być powodem zakażenia wtórnego; należy o tem pamiętać i uciekać się do nich tylko w przypadkach wskazań niecierpiących zwłoki, a wykonywać je zawsze pod osłoną najściślejszej aseptyki, aby, o ile możności, ograniczyć możność zakażenia narządziemi.

Kiedy sprawa dochodzi aż do owrzodzeń jamistych, rokowanie staje się wprost ciężkiem: samo przez się lub przez powikłanie miejscowe, przez zakażenie lub uogólnienie gruczlicy, któremu mogą dawać początek; takie zmiany w cewce tylnej wprost grożą życiu. Jednakże nawet wtedy chirurg nie powinien czuć się bezbronnym, bo jego zabieg, jakkolwiek paljatywny, najeczęściej jednak bywa pomocnym.

Leczenie. Od dawna już chirurgia bywa powoływana do zabiegów w zmianach gruczliczych cewki tylnej. Robiono, że tak powiemy, operacye par force, często mimowolnie: ropnie chłodne przecinano od strony krocza, przetoki kroczone otwierano i zamykano, tak, iż operator dochodził aż do ogniska gruczliczego, poczynającego się w okolicy gruczolu krokowego: tak postępowali Dittel, Guyon, Le Dentu, a bardzo prawdopodobnie i inni.

Na zasadzie rozumowania Bouilly w 1895 r. przyszedł pierwszy i wykonał z dobrym skutkiem wyłyżeczkowanie gruczolu krokowego, dotkniętego gruczlicą, od strony krocza. W tym kierunku i z takim samym dodatnim wynikiem pracowali Albarran, Zuckerhandl, Marwedeli Gandier. Uczyniono jeszcze więcej—oto Marwedel, Comtyer, Albarran, Baudet i Doyen doszli do wyćcinania gruczolu krokowego częściowego lub całkowitego w przypadkach gruczlicy tego narządu w różnych okresach rozwoju sprawy oraz z różnymi wynikami. Przeważnie jednak chirurgia występowała przeciwko gruczlicy pęcherzyków nasiennych. Po Ullmannie w 1890,

Roux (z Lozanny) i Villeneuve (z Marsylii) w 1891, Schedel w 1894 kilkakrotnie powtórzyli operację usunięcia jednego lub obydwóch pęcherzyków nasiennych. W pracy p. Baloxroff, inspirowanej przez Roux z Lozanny, w r. 1899, zebrano już 20 operacji spermatoecystectomiae uni et bilateralis. W r. 1900 poważny komunikat Hogge'a (na Zjeździe międzynarodowym) podaje statystykę 30 podobnych zabiegów. Prawie stale usunięcie pęcherzyka dotkniętego gruźlicą było wykonywanem jako dopełnienie zabiegu doszczętnego na jądrze i odpowiednim kanale wyprowadzającym, również dotkniętych tą sprawą. Chociaż, co prawda, kilka nawrotów choroby oraz pewna ilość stałych przetok przyćmiewają nieco blask wspomnianej statystyki, to jednak da się z niej wyciągnąć poważną liczbę operacji ze skutkiem dodatnim.

A oto, co zajmuje chirurgię: w jakich warunkach i w jakim okresie choroby jest wskazany zabieg doszczętny na gruczole krokowym i pęcherzykach nasiennych?

Zabieg jest uzasadniony w przypadkach zmian serowatych lub jamowych, posuniętych, które nie dają nadziei na zagojenie się samoistne; również nie podlega wątpliwości jego konieczność w przypadkach powikłań okołomoczowych, ropniach, nacieczeniach lub przetokach.

Czy należy jednak uciekać się do zabiegu w początkach zmian gruźliczych czy to w gruczole krokowym, czy to w pęcherzykach nasiennych? Tutaj wskazanie może być podane w wątpliwość i nadzieja usunięcia drogą zabiegu ogniska pierwotnego i pojedynczego w narządach wspomnianych bardzo często bywa zwodniczą. To, czego naucza nas anatomia patologiczna o częstym związku i sposobie powstawania sprawy, nie jest zachęcającem: nie zapominajmy, iż na 205 przypadków przewlekłej gruźlicy narządu moczopłciowego Saxtorpe liczy zaledwie 9 zmian pojedynczych gruczołu krokowego i pęcherzyków.

Dowód zabiegu doszczętnego zatem bardzo rzadko miał rację bytu. Z drugiej znowu strony—badanie anatomopatologiczne wskazało na wybitną dążność zmian gruźliczych w gruczole krokowym, a szczególnie w pęcherzykach nasiennych do rozwoju w kierunku tworzenia torbieli włóknistych, bywaliśmy świadkami istotnych wyleczeń samodzielnych dzięki sprawie stwardnienia. Spostrzeżenia kliniczne bynajmniej nie przeczą wynikom histologicznym, często bowiem widziano, jak gruźlica wspomnianych narządów powstrzymuje się w swym rozwoju i ulega wyleczeniu.

W powyższem leży ważny argument, który powinien kierować chirurgiem i bronić go przed zbyt pośpiesznem postanowieniem zabiegu.

Jak na teraz, to streścilibyśmy wskazania lecznicze w gruczlicy confluentis urogenitalis:

W początku należy jak najenergiczniej, o ile to możliwe, postępować w kierunku przeciwgruczliczym za pomocą metod higieny i odpowiednich leków; jest środek potężny, o ile tylko może być stosowanym ściśle i długotrwałe. W okresie powyższym należy stanowczo wstrzymać się od leczenia miejscowego i instrumentalnego, jako z konieczności niedostatecznego, ponieważ może ono osiągnąć jedynie błony śluzowej cewki, która jest zaledwie dodatkowym siedliskiem sprawy, a z drugiej strony, jako leczenia równie z natury swej szkodliwego, bo niebezpiecznego ze względu na możność sprowadzenia zakażenia wtórnego.

Lecz należy pilnować skutków leczenia ogólnego, i jeżeli pomimo to sprawa gruczlicza postępuje w jakimkolwiek miejscu, czy to w pęcherzyku, czy w gruczole, grożąc rozmiękczeniem lub zropieniem, należy zapobiedz rozpadowi chorobowemu w narządzie za pomocą rozległego zabiegu chirurgicznego. Usunięcie gruczołu krokowego lub pęcherzyka nasiennego, naszym zdaniem winno być zastosowane dopiero w obszernych zniszczeniach, rozmiękłych, mogących przy swej przemianie wstecznej od tej chwili, już niebezpiecznej, grozić życiu chorego. Zabiegi takie dadzą wyniki pomyślne, jeżeli tylko nie będą miały przeciwwskazania ze strony innych umiejscowień—gruczlicy w narządzie moczopłciowym lub ogólnych, a zbyt rozległych, albo też ze strony ogólnego, zbyt ciężkiego, stanu chorego. W okresie ostatecznym, nakoniec, jakikolwiek będzie zresztą stan ogólny, zdaniem naszym, zabieg chirurgiczny może być jeszcze nieraz pożytecznym: otwierając od strony krocza i oczyszczając sumiennie wielkie jamy podpęcherzowe, zakładając sączki, zmieniające kierunek wypływu moczu, i zabezpieczając mu szerokie ujście wytworzeniem nowej drogi, (aby zapobiedz zastawianiu się, a ztąd zakażeniom ogólnym), chirurg często potrafi przynieść ulgę choremu, a częstokroć nawet może go wyleczyć.



II. PODSTAWY PSYCHO-FIZJOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtriere.

Napisal

L. Rzezniewski.

(Ciąg dalszy).

Lecz zakończmy już sprawę metod badania natury histeryi, gdyż zostaje nam jeszcze do rozpatrzenia sprawa praktycznie równie ważna, a jest nią *metoda stosownego traktowania klinicznego histeryi i histeryków*. Pod nazwą traktowania klinicznego należy rozumieć traktowanie somatycznych, obwodowych resp. klinicznych objawów histeryi. Przenosimy więc uwagę czytelnika tym razem na te objawy i postaramy się dać na nie rzut oka ogólny ze stanowiska psychofizjologicznej teoryi histeryi.

Sprawa ta wydaje nam się praktycznie ważną z tego względu, że histerya jest w ogólności chorobą częstą, nie oszczędza płci ani wieku, wikła wiele chorób innego pochodzenia, a sama też może niekiedy przebiegać pod maską innych chorób, co objaśniamy sobie dzisiaj wtargnięciem do umysłu histeryka różnemi drogami wyobrażeń o innej chorobie, króre to wyobrażenia, dzięki tłu psychologicznemu, a często i zewnątrznym sprzyjającym temu okolicznościom, ustalają się w umyśle chorego i rozwijają w nim do stopnia, w którym realizują się na obwodzie pod postacią objawów klinicznych, jeśli nie całkiem identycznych to w każdym razie bardzo zbliżonych do objawów choroby odmiennej natury i pochodzenia.

Z powyższych zatem względów histerya powinna interesować nie tylko psychiatrę, nie tylko neuropatologa, lecz wogóle każdego klinycystę, gdy każdy na jej objawy kliniczne natknąć się łatwo może. Potrzeba zatem, aby umiał je traktować właściwie. Wogóle jednak sprawa, jak powinny być dziś traktowane objawy kliniczne histeryi, wiąże się ściśle w jedną całość ze sprawą stanowiska, jakie lekarzowi pragnącemu utrzymać się na poziomie współczesnych naukowych pojęć o histeryi wypada zająć wobec tej choroby. Naszem też powinno być zadaniem takie stanowisko określić i wymotywować.

Odkąd dowiedzionem zostało, że wszystkie główne objawy histeryi biorą początek z tła psychologicznego tych chorych, naturalnie, że tem samem punkt ciężkości w rozpoznaniu histeryi przenosi się na rozpoznanie znamion psychologicznych tej choroby, zatem oprzeć się musi na analizie tła psychologicznego chorego, oraz na określeniu właściwego stosunku do tego tła różnych objawów obwodowych. Wypada stąd naturalnie, że lekarz pragnący rozumieć jak należy przypadki kliniczne histeryi powinien posiadać znajomość psychologii o tyle, żeby był zdolny do wszechstronnej, t. j. całej umysł chorego obejmującej analizy psychologicznej, gdyż, jak widzieliśmy, w chorobie tej nie tylko jedna sfera psychiczna lecz całość psyche jest cierpiącą. Dalej, aby wiedział o istnieniu i umiał odróżnić od siebie różne mechanizmy psychiczne (nie zaś jeden tylko mechanizm psychiczny suggestyi). Wreszcie, aby się starał przyswoić sobie umiejętność dochodzenia nawet na drodze eksperymentacyi psychoklinicznej, o ile to może się okazać niezbędnem, pierwotnej, istotnej przyczyny, której objaw kliniczny w każdym danym przypadku zawdzięcza swój początek i istnienie. To są wszelako desiderata, do których lekarz dojść może jedynie na drodze przyswajania sobie niezbędnych teoretycznych i praktycznych wiadomości z dziedziny psychologii klinicznej. Lecz, że na specjalne studia w tym kierunku nie każdy klinicysta może znaleźć czas i sposobność, jak również nie każdy może czuć się do nich powołanym, z tego też powodu wymienimy wkrótce główne, niezbędne pod tym względem obowiązki każdego klinicysty. Podebujemy jednak skwapliwie sposobność, aby objaśnić czytelników, o ile dotychczas sami się tego nie domyślili, dlaczego lekarza obowiązuje znajomość nie poprostu psychologii lecz psychologii klinicznej, słowem na czem polega różnica tych 2-u pojęć, oraz dlaczego kreśloną przez nas teorię histeryi nazwaliśmy nie psychologiczną a psychofizyologiczną.

Jest sprawą kardynalnej wagi, o której lekarz nigdy zapominać nie powinien, że *jeśli psychologia weszła do medycyny to weszła przez drzwi kliniki* i że nie z żadnej obserwacyi psychiatrycznej lub klinicznej, lecz z doświadczenia psychoklinicznego powstała dzisiejsza teoria histeryi. Psychologia powołaną została jedynie w celu objaśnienia takich faktów klinicznych, które na zwykłej drodze t. j. na drodze fizyologicznej objaśnione być nie mogły. Przypomnijmy więc raz jeszcze, że w pierwszych pamiętnych doświadczeniach Charcot'a nad działaniem na histeryków suggestyi, a które były doświadczeniami psychoklinicznymi skonstatowano, że pod wpływem działania wyobrażeń wprowadzonych do umysłu histeryka otrzymano objaw kliniczny—

porażenie, które po bliższem zbadaniu wykazało wszelkie cechy kliniczne porażenia histerycznego i ten właśnie wynik badania klinicznego objawu naprowadził na domysł, czy inne objawy kliniczne resp. obwodowe histeryi nie są również pochodzenia psychicznego? Okazało się dalej, że anestezya histeryczna, jako znamię, zatem znów objaw obwodowy kliniczny jest również pochodzenia psychicznego, jakkolwiek powstaje na mocy innego mechanizmu.

Podaliśmy wyżej jako ostateczny wynik doświadczeń, że ogół objawów klinicznych resp. somatycznych czyli obwodowych histeryi ma genezę psychologiczną i jakeśmy się wyrazili, *wyrasta z tła psychologicznego tych chorych*. Wypada stąd, że *pierwszy niezbędny dziś obowiązek klinicysty polega na tem, aby się zapatrywał na ogół objawów somatycznych, obwodowych czyli klinicznych histeryi jako na reakcye obwodowe zjawisk psychologicznych*. Że zaś na mocy powyższego objawy obwodowe histeryi są faktami psychoklinicznymi czyli psychofizyologicznymi, przeto *jedyne stanowisko jakie należy dziś zająć klinicyście wobec histeryi* (gdyż tylko z tego stanowiska, jak się zaraz przekonamy, będzie w stanie odpowiednio do współczesnych pojęć naukowych oceniać i traktować tę chorobę) *można określić jako stanowisko psychokliniczne, lub inaczej się wyrażając psychofizyologiczne*.

Lekarz stojąc na takim stanowisku zrozumie też odrazu, że na podstawie badań nad naturą histeryi zmieniły się wprawdzie *nasze zapatrywania* na tę chorobę wogóle a zatem i na jej objawy obwodowe czyli kliniczne, które mamy odtąd obowiązek traktować jako reakcye obwodowe zjawisk psychologicznych, lecz *nie zmieniły się przez to bynajmniej same owe reakcye*, nie mogły zmienić się *objawy kliniczne histeryi*, nie mogła zmienić się histerya, jako choroba, która i dziś daje takie takie same objawy na obwodzie, jak i w epoce poprzedzającej odkrycie Charcota, w epoce zatem, w której realność tych objawów uderzała nas w takim stopniu, iż nikomu na myśl nie przychodziło, aby je można było poczytywać za coś innego, niż za objawy pochodzenia fizyologicznego.

Nie przeto zgoła nie upoważnia i dziś klinicysty, z tej racyi, że objawy obwodowe histeryi są pochodzenia psychologicznego lekceważyć sobie obowiązku poświęcania im w większej jeszcze mierze, niż dotąd swej uwagi, a przynajmniej badania ich z równą starannością z jaką bada się objawy każdej innej choroby. Do zwykłych bowiem obowiązków klinicysty, o ile ma do czynienia z histeryą, przybył tylko *jeszcze jeden obowiązek więcej*, a mianowicie, o ile się do tego uzdolnił, obowiązek odszukiwania istotnej przyczyny każdego objawu, obo-

wiązek rozwikłania mechanizmów psychofizjologicznych, którym objaw kliniczny w każdym danym przypadku zawdzięcza swój początek i istnienie.

Pragnęlibyśmy też w tym miejscu jaknajmocniej zaakcentować tę niezbędną potrzebę godzenia przez lekarza jego psychologii z kliniką, na wzór zgodności istniejącej między psychologią histeryka a objawami obwodowymi histeryi; chcielibyśmy szczególnie zwrócić uwagę na konieczność zapatrywania się na histeryę jedynie i wyłącznie z psychofizjologicznego stanowiska. I ostrzegamy, że *niema drugiej kwestyi klinicznej, w którejby najmniejsza jednostronność, najmniejsza przewaga w poglądzie bądź na stronę kliniczną resp. fizjologiczną, bądź też na stronę psychologiczną mogła z równą łatwością spaczyć właściwe pojęcie o rzeczy samej, jak tu więc pojęcie o histeryi jako chorobie.*

I tak, jeśli lekarz pozostanie zanadto klinicystą, czyli nawykowym fizjologiem, wtedy może on okazać nawet gotowość do słuchania dowodzeń o psychologicznem pochodzeniu objawów histeryi, lecz możemy być pewni, że dowodzenia te pozostaną dla niego martwą literą, z której żadnego praktycznego pożytku w klinice nie będzie w stanie osiągnąć. Jeśli znów pogląd lekarza będzie zbyt jednostronnie psychologiczny, jak to jest dziś niestety powszechnem, to lekarz taki okaże wnet skłonność do zamykania dobrowolnie oczu na objawy obwodowe histeryi i nader łatwo popadnie sam w złudzenie, że ponieważ histerya jest cierpieniem psychologicznem, to zamyka się tem samem w granicach sfery psychicznej, a wtedy wszelkie objawy obwodowe histeryi gotów będzie traktować jako zwyczajne halucynacje lub iluzje zmysłów chorego.

To nas doprowadza do konieczności rozpatrzenia tu bezstronnie, ale i krytycznie praktykowanej dziś powszechnie metody traktowania klinicznego histeryi i histeryków.

Jest rzeczą zastanowienia godną, że od czasu gdy idea o psychicznem pochodzeniu histeryi zaczęła nabierać więcej posłuchu, daje się zauważyć, zamiast większego zainteresowania się, jakby się należało spodziewać, jej objawami klinicznymi, przeciwnie, po części instynktowa, po części zaś wyrozumowana powściągliwość w analizowaniu histeryka, w badaniu objawów histeryi. Ponieważ zaś zjawisko to bynajmniej nie jest sporadyczne, lecz przeciwnie dąży do przyobleczenia się w szatę pewnego quasi-psychologicznego systemu, który, gdyby się ustalił, groziłby nie tylko zatamowaniem wszelkiego dalszego postępu w nauce o samej histeryi, lecz co gorsza stanowiłby i nadal zaporę do rozpowszechnienia wogóle rzetelnych pojęć psycho-

logicznych w klinice, przytem dla chorych histeryków okazuje się dziś już w wysokim stopniu niekorzystny, przeto poczytujemy sobie za konieczny obowiązek wejrzeć tu głębiej w jego istotne przyczyny.

Trzy mogą być, zdaniem naszym, główne motywy dzisiejszej powściągliwości w badaniu, resp. rozmyślnego niekiedy zaniedbywania i wogóle lekceważenia somatycznych czyli obwodowych objawów histeryi, motywami zaś temi są:

1) Niewiara w realność tych objawów.

2) Przecenianie doniosłości modyfikującego wpływu wyobrażeń na te objawy.

3) Obawa pogorszenia histeryi przez ściągnięcie uwagi chorego na objawy choroby.

Co do 1-go. W przekonaniu o braku wiary wśród ogółu lekarskiego w realność objawów histeryi utwierdza nas codzienne spostrzeżenie, które wykazuje nam, że jakkolwiek lekarz nie może przejść mimo i nie zwrócić uwagi na tak grube i skaczące, że się tak wyrazimy, do oczu, obiektywne objawy histeryi jak np. porażenia lub przykurczenia w mięśniach stosunków ze światem zewnętrznym, to jednak, gdy chodzi o objawy więcej skryte, mniej przeto do badania obiektywnego dostępne, do jakich należą np. objawy trzewiowe, to ogólnie lekarz prawie rad jest dzisiaj, skoro per exclusionem zazwyczaj doszedłszy do rozpoznania, że są to *tylko* objawy histeryczne, poczuwa się z tej racji jedynie, niejako za zwolnionego od obowiązku bliższego badania samego objawu, nie mówiąc już o dochodzeniu jego pierwotnej psychologicznej przyczyny. Co się zaś tyczy subiektywnych objawów histeryi, tych, według panujących dziś poglądów psychologicznych, wcale badać nie należy i lekarz dzisiejszy nie tylko nie nabył poczucia potrzeby wchodzenia w treść skarg chorego, zwłaszcza *świeżej daty*, ale wogóle nie domyśla się nawet innej potrzeby skłaniania ku nim ucha, prócz chyba względów zwykłej uprzejmości, którą lekarz winien jest choremu.

Powody takiego postępowania, dla nas przynajmniej, są najzupełniej jasne i pochodzą z szeroką popularnością cieszących się „nowych jakoby psychologicznych“ poglądów w medycynie. Powiedzmy wręcz, że według tych poglądów „histerya poczytywana jest powszechnie za *chorobę imaginacyi*“. Histerykowi „zdaje się“, że jest chory. Jego t. zw. autosuggestye, których zbiorem jest histerya, polegają na *dobrowolnem* wmawianiu w siebie niestworzonych rzeczy. Skargi histeryka nie zasługują na uwagę, raz dlatego, że są produktem *tylko* wyobrażeń, zatem zjawisk z natury swej łatwo zmiennych, a zwłaszcza w histeryi zmiennych w najwyższym stopniu. Ponieważ zaś

zawsze prawie (z wyjątkiem naturalnie tych faz choroby, w których histeryk przestaje się skarżyć *p. a.*), skargi te są wygórowane, eksagerowane, więc przez zwrócenie uwagi lekarza, a z nią i chorego czy to na przedmiot skargi, czy też wogóle na objaw, powiększa się jedynie zło przez mimowolną sugestję, pogarsza się histeryę, jak o tem do dziś niektórzy zdają się być mocno przekonani. Histeryka w skutku tego najlepiej prawie byłoby pozostawić jego własnemu losowi, lub starać się odwrócić jego uwagę od objawu. W ostatecznym razie możnaby próbować *zakazać* mu (sugestia negatywna, zatem lecznicza *p. a.*) mieć ten lub ów objaw z liczby tych, które czy to choremu, czy otoczeniu resp. lekarzowi najbardziej dokuczają. Zakazu tego histeryk usłuchać powinien i spełnić go, gdyż od tego jest sugestyjny, a na zakazywaniu wszak polega sugestia lecznicza, jedyna znów psychoterapia, jak niektórzy mniemają. Ponieważ jednak zakazywanie rzadko kiedy okazuje się skuteczne, stąd wniosek ostateczny, że tak sugestia (naturalnie lecznicza, bo tylko ta istnieje dla tych, którzy o sugestji doświadczalnej nie zgola lub mało co słyszeli *p. a.*), że tak sugestia, powtarzamy, jak zresztą *cała histerya jest złudzeniem imaginacji, iluzją zmysłów, niczem więcej*“.

Obraz powyższy, kreślony z natury, odbiega niewątpliwie daleko od zapatrywań pojedynczych kolegów, lecz zato streszcza, jak mniemamy, zupełnie wiernie dzisiejsze zapatrywania ogółu na histeryę.

Otóż nie trudno się domyśleć, że te rzekomo tylko nowe, właściwie zaś *stare kartezyańskie psychologiczne poglądy*, na podstawie których ogół dochodzi do *z gruntu fałszywych pojęć o histeryi*, szczepione są i podsycane przez doktrynę, która teoretyczne swe wywody o istocie sugestyjności i zjawiskach sugestyi wyprowadza z faktów zwykłej imaginacji. Doktryna ta nie tylko obstaże upoczywie przy *wyłącznej* teoretycznej słuszności takiego poglądu, ale popełnia, o czem już wzmiankowaliśmy, ten kardynalny błąd, że usiłuje *rozmyślnie* wszelkimi sposobami odwrócić uwagę i zamknąć oczy swym adeptom na to, że obok, a właściwie powyżej faktów sugestyi nie przekraczających czy to imaginacji, czy ogólniej się wyrażając sfery psychicznej osobnika, istnieje więcej chyba bez porównania interesująca klinicystę sugestyjność patologiczna, zjawisko psychologiczne anormalne, istnieją pierwotnie nazwą sugestyi obdarzone fakty sugestyi doświadczalnej na histerykach Charcot'a, będące zjawiskami psychofizyologicznymi, istnieje wreszcie histerya manifestująca się w objawach realnych, somatycznych, obwodowych czyli klinicznych, których ogół, jak o tem nam dziś niezbędnie wiedzieć należy, jest również zjawiskiem psychofizyologicznem rozwijającym się samoistnie w na-

turalnym przebiegu choroby, a pewna liczba których objaśnić się daje jedynie automatycznym, istotnie patologicznym, nadmiernym rozwojem wyobrażeń lub wzruszeń u historyka, co najprzód odkrył, następnie zaś na drodze badań doświadczalnych naukowo wyjaśnił jedynie Charcot oraz jego szkoła¹⁾.

Wysnuta z psychofizjologicznych faktów sugestyi doświadczalnej na historykach, podana przez nas wyżej psychofizjologiczna teoria historyi, przedstawia nam historyę w całkiem chyba odmiennem świetle niż skreślony przed chwilą obraz popularnych mniemań ogółu, według których historya jest chorobą imaginacyi, jest złudzeniem chorego. Mamy jednak w powyższem oczywisty i pouczający dowód, jak wszelki jednostronny (i w tym razie już nie tylko jednostronnie psychologiczny lecz w dodatku psychologicznie jednostronny) pogląd, zamiast zaleconego przez nas poglądu psychofizjologicznego, jest w stanie spaczyć należyte pojęcia o historyi. Nie napróżno, zdaje się zatem, ostrzegaliśmy wyżej przed zgubnemi skutkami wszelkich jednostronnych poglądów. W popularnem bowiem rozumieniu pod

¹⁾ Z szeregu niekonsekwencyj psychologicznych, popełnianych przez doktrynę sugestyjną niemaloważną bez wątpienia jest ta, że jakkolwiek teoretycznie zniwelowała ona ogół faktów sugestyi, a zatem w tej liczbie i istotnie nowe psychofizjologiczne odkrycie czyli sugestję doświadczalną na historykach Charcota do rzędu zjawisk zwykłej imaginacyi, zatem do poziomu starych kartezyjskich psychologicznych pojęć o imaginacyi, nie przesadza jej to bynajmniej w praktycznem zastosowaniu swej niepsychologicznie tak nazwanej terapii sugestyjnej dążyć wszelkimi siłami do osiągnięcia modyfikacyi zaburzeń chorobliwych na obwodzie, a zatem dążyć za pomocą „imaginacyi“ do osiągnięcia psychofizjologicznych skutków. I dowodzi dalej ta doktryna, popelniając tym razem niekonsekwencyę patologiczną, że na mocy, iż wszyscy jesteśmy mniej lub więcej sugestyjni (czytaj imaginacyjni), skutki takie otrzymać się dadzą prawie u wszystkich ludzi, tak zdrowych (znaczy to nieomal, że na każdym z nas uda się demonstrować skutki sugestyi doświadczalnej otrzymane na historykach Charcota), jak chorych, tak historykach jak niehistorykach, słowem „w najrozmaitszych chorobach“ i nie zdaje sobie sprawy ta jedyna, za jaką się podaje, reprezentantka rzetelnych pojęć psychologicznych w medycynie, że ciąży na niej w takim razie obowiązek wykazać pierwej jaki stosunek łączy objawy tych „różnych chorób“ z psyche chorego osobnika, na wzór tego co dokonała szkoła Salpêtriere, aby dowieść, że objawy kliniczne historyi są w istocie reakcyami obwodowemi zjawisk psychologicznych; jak również nie zdaje sobie sprawy ta doktryna, że właśnie jej psychologiczne poglądy na sugestyjność i sugestję zastosowane do historyi zdolne są przedstawić tę chorobę w całkiem błędnem świetle i szerzą o niej opaczne pojęcia, odbiegające nader daleko od rzeczywistości.

wyrazem „imaginacya“ (a i wogóle pod wyrazem „psychiczny“) ogół pojmuje coś, co niema realnego bytu, coś co jest czysto subiektywne, nie przekracza zatem sfery psychicznej osobnika, lub jeśli i przekracza, to w rozmiarach w żadnym razie nie przewyższających zwyczajnych złudzeń zmysłowych. I moglibyśmy nawet zacytować prace pewnych fizyologów o hypnotyzmie i sugestyi, traktujące ogół faktów w tej dziedzinie, a zatem i ogół objawów histeryi z takiego wyłącznie punktu widzenia (zatem traktujące je jako złudzenia zmysłów chorego). Prawda, że histerya nie miała nigdy łask w medycynie, to znaczy nigdy dotąd nie była należycie zrozumiana. Chcielibyśmy więc tym razem uchronić ją od nowego spaczenia pojęć o niej, pod wpływem rzekomo nowych psychologicznych poglądów w medycynie. Możemy ze swej strony zapewnić czytelników, że porażenie otrzymane przez sugestję u histeryków Charcot'a nie było żadną zgoła iluzją ich zmysłów, było faktem obiektywnym, podlegającym ścisłemu badaniu klinicznemu, które wykryło w nim wszelkie cechy porażenia histerycznego, występującego niekiedy samoistnie w przebiegu tej choroby.

I dlatego też, w wyszczególnionych przez nas znamionach psychologicznych histeryi, nie znalazło się miejsca dla rozbioru psychologicznego imaginacyi (z wyjątkiem wzmianki, z wyjaśnieniem wszakże zaraz przyczyny psychologicznej, t. zw. marzycielstwa histeryków). Nie znalazło się zaś z tej racyi, że jakkolwiek to niewątpliwie bardzo złożone zjawisko psychologiczne może być interesującym a zatem i rozbioru godnym w psychologii np. sztuki, zato z *psychologii klinicznej musi być*, zdaniem naszym, *raz na zawsze wygnana wszelka nawet wzmianka o imaginacyi, gdyż stanowi ona główną przeszkodę do rozpowszechnienia się i ustalenia raz już nakoniec rzetelnych pojęć psychologicznych w klinice.*

Nas właśnie sugestya doświadczalna na histerykach suggestyjnycy nauczyła, że histerya bynajmniej nie jest zbiorem jakichś dowolnych imaginacyjnych fantasmagoryj, lecz, że w histeryi nie powstaje bez przyczyny i racyi i to w żadnym, a zatem i w najbardziej początkowym okresie choroby, w którym legną się dopiero wyobrażenia, mogące niekiedy dopiero w późniejszych okresach realizować się w objawach obwodowych. Nas nauczyła sugestya doświadczalna, że t. zw. autosugestyje histeryczne nie są żadnem dobrowolnem wmawianiem w siebie niestworzonych rzeczy, lecz automatycznym t. j. mimowolnym rozwojem wyobrażeń, które albo są heterosugestyjami otoczenia lub mają źródło w dawniej posiadanych w umyśle wyobrażeniach lub wzruszeniach, ziarna zaś tego

posiewu stanowiły również realne okoliczności życiowe osobnika. Nas nauczyła wreszcie sugestya doświadczalna, że eksageracye histeryka są tylko wyrazem bądź nadmiernego rozwoju jego wyobrażeń, bądź jego wygórowanej wzruszeniowości. Według psychofizyologicznej teoryi, ktorej jesteśmy tu przedstawicielami histerycy nie chorują na imaginyacyę, u histeryków realnie *chore są wyobrażenia*. Wyobrażenia te, jak zdaje się dowiedliśmy, są chore następczo w skutku tła, zatem choroba wyobrażeń ma swoje *realne przyczyny* i jest chorobą tak dobrą jak każda inna, gdyż chore czyli nadmiernie automatycznie rozwinięte wyobrażenia histeryków pociągać mogą za sobą *również realne skutki*, do jakich należy część objawów histeryi obwodowych. I nikt też z nas nie jest w stanie z góry przewidzieć, czy na mocy postępowego anormalnego rozwoju wyobrażeń to, co u histeryka jest w danej chwili lub do pewnego czasu subiektywnem, nie zrealizuje się może za chwilę, a może później w objawach trudnych niekiedy do usunięcia.

Zwracamy więc uwagę, że przez pominięcie *zbadania przyczyn świeżych skarg chorego* pomijamy częstokroć chwilę najstosowniejszą do zapobieżenia w porę często ciężkim następczym przypadłościom, przez desugestyonowanie, a właściwie przez wyperswadowanie w porę wyobrażeń lub wzruszeń leżących u ich podstawy.

Pomijamy zaś najdogodniejszy moment dlatego, że w chwili swego powstawania, tak wyobrażenia, jak wzruszenia bulwersujące umysł i dążące do ustalenia się w nim, są zazwyczaj świadome i jako świeże i jeszcze patologicznie nie rozwinięte nadmiernie są dla wykoźnienia dostępnejsze, *istnieją zatem wszelkie dane w tym okresie, ale też tylko w tym okresie choroby, skuteczności t. zw. sugestyi leczniczej*. I dziwna rzecz, że kiedy w innych chorobach zwraca się zazwyczaj wszelkie usiłowania w kierunku wykrycia wczesnych zwiastunnych objawów w celu zapobieżenia w porę, o ile możności, dalszemu naturalnemu rozwojowi choroby, w histeryi przez pominięcie w porę tła, lub początkowych faz następczych przypadłości, zależnych od wyobrażeń lub wzruszeń, pozwala się prawie dobrowolnie na dalszy rozwój niejednokrotnie ciężkich objawów, które po ich długim trwaniu i wypróbowaniu bezskutecznem najrozmaitszych sposobów terapeutycznych kwalifikuje się *ostatecznie* do psychoterapii, utyskując następnie na jej względną bezskuteczność. (D. c. n.)

III. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy,

dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

D-ra Henryka Fidlera.

(*Ciąg dalszy*).

2) *Kliniczne objawy zwyrodnienia odziedziczonego.* Zwolennicy teorii odziedziczania usposobienia do gruźlicy pojmują takowe w mniej lub więcej szerokich granicach. Gdy jedni przypuszczają (Mosny), że usposobienie gruźlicze odziedziczyć można tylko po gruźliczych rodzicach, inni (Papillon, Kabanow) twierdzą, że nawet dziedzicznie gruźlicą nieobciążony osobnik miewa niedomogę rozwojową pewnych narządów lub całego ustroju odziedziczoną po przodkach, którzy cierpieli na taką samą niedomogę lub wadę. Mosny pod nazwą „heredodystrophie paratuberculeuse“ pojmuje dziedziczność atypową przejawiającą się we wszystkich okresach życia. Biorą one początek w samym poczęciu i podczas rozwoju płodu, powodując wtedy śmierć płodu, poronienie i przedwczesne porody. Często natomiast rodzą się we właściwym czasie istoty wątłe, które wskutek tejże wątłej budowy umierają zaraz po urodzeniu lub też w kilka miesięcy później. W innych przypadkach niedomoga rozwojowa się umiejscawia i dzieci żyją dotąd, dopóki im pozwalają wady dystroficzne, które ujawniać się mogą dopiero w okresach wzrastania, ząbkowania lub dojrzewania płciowego. Czasem zaś przypadek banalny, zakażenie na pozór łagodne ujawnia niedomogę czynnościową, wskutek utajonej odziedziczonej niedomogi rozwojowej. Dzieci takie są wątłe, małą mają wagę, źle się rozwijają, chudną bez przyczyny i umierają często bez widocznej przyczyny w okresie ząbkowania lub po odstawieniu od piersi lub też czasami wskutek jakiegokolwiek, często błahego i pozornie łagodnego zakażenia. Gdy już dziecko przejdzie i ten okres szczęśliwie, to powstają nowe trudności w okresie dru-

giego ząbkowania i dojrzewania płciowego. W tym ostatnim okresie, który u chłopców przypada pomiędzy 14 a 17 r. życia, a u dziewcząt pomiędzy 12 a 15, raptownie wzrasta się wzrost i zależy to najgłówniej od wydłużenia nóg. W tym też okresie klatka piersiowa jest najwęższa. Gdy w normalnych warunkach po przejściu tego okresu nogi przestają gwałtownie rosnąć, a rośnie tułów i powiększa się pojemność płuc, to u dzieci wątłych rozwój ustroju zostaje powstrzymanym, figura maleje, narządy klatki piersiowej jakoby się kureczą. Powstaje t. zw. habitus phtisicus. Najczęściej w tym okresie ujawnia się niedomoga rozwojowa, do tej pory utajona, lub występują na jaw zaburzenia czynnościowe, zależne od zwężenia tętnicy głównej, tętnicy płucnej jak również niedokrwistość (chlorosis). W tym również okresie ustrój wyczerpany przez wzrastanie posiada najmniejszą odporność względem zakażenia. Otóż, często się spotyka, iż potomkowie gruźliczych zapadają na gruźlicę około 20 r. życia i ulegają tem rychlej chorobie, im bardziej się zużyły ich siły w okresie rozwoju i dojrzewania.

Tym sposobem dziedziczna niedomoga paratuberkuliczna w ogólnej swej postaci przejawia się jako skaza.

Lecz toż usposobienie wystąpić może w postaci umiejscowionych zmian, np. 1) w kości—krzywica, wadliwe uzębienie, krzywe nogi (*pes equinus, equinovarus*), zajęcza warga (*K o w n e r, J e a m o n t, R i c o c h o n*), 2) w układzie nerwowym (macinnictwo, drgawki, *neura-stenia, płasawica*), 3) w układzie naczyniowym i zwężeniu zastawki dwudzielnej, tętnicy płucnej, ogólna wąskość naczyń, 4) w układzie krwi: blednica (*P o t a i n, T e i s s i e r, H a n o t, G i r a n d i n*).

Zwężenie zastawki dwudzielnej ma się zdarzać u chłopców osobliwie u limfatycznych, słabych i macinnicznych osobników. U dziewcząt zaś łączy się często z zółzami, blednicą i różnymi przejawami „infantilizmu“ typu *L o r r a i n'a*. Zwężenie to samo przez się lub łącznie z różnemi wadami rozwoju i delikatnością budowy ma być jednym z częstych objawów dziedzicznej dystrofii paratuberkulicznej. Zdaje się ona jednak sprzyjać rozwojowi suchot płucnych. Również często występują objawy wrodzonego zwężenia tętnicy płucnej i ogólnej wąkości naczyń tętnicznych. Zwężenie tętnicy płucnej w wysokim stopniu sprzyja powstawaniu suchot płucnych.

Blednicę często spotkać można u potomków gruźliczych osobników. Cechują ją: niedostateczny rozwój naczyń, zboczenie w układzie nerwowym i także w budowie serca oraz zanik narządów płciowych i nerek. Blednica więc jest chorobą zwyrodnionych osobników. Francuscy lekarze (*P e t e r, L a n d o u z y, B o u c h a r d, P u p i l l o n*)

jednogłośnie się oświadczają za teorią odziedziczenia usposobienia gruźliczego. Peter mówi: *onne nait pas tuberculeux, mais tuberculiable*, zaś Bouchard, że rodzice przekazują potomstwu gruźlicę *nie in esse* lecz *in posse*. Papillon i Kabanow rozszerzają jednak pojęcie o odziedziczeniu usposobienia.

Według ich zdania, gruźlica nabyta umiejscawia się w tych narządach, które były już zdolne wskutek jakichkolwiek warunków u przodków i które jako takie zostało odziedziczone przez potomków. W rodzinach bledniczych z grupy gruźliczej często (60% przyp.) zdarza się blednica u rodziców czy to w postaci blednicy esencjonalnej, zależnej może od rodzaju zajęcia—szwaczki, modystki, urzędnicy biurowi, kasyerzy dużych banków, górnicy i t. p., czy też zależną od chronicznego zatrucia, np. ołowiem. Ten „dziedziczny odczyn“ jak go nazywa Papillon, zdarza się w rodzinach neuropatycznych, w których gruźlica może się przejawiać u potomków w postaci toksycznej newrozy u współczulnego. Zaburzenia te przejawiają się w postaci napadów, którym towarzyszy spadek ciśnienia tętniczego, wołanie gorączkowe i nerwowe osłabienie po jakimkolwiek zmęczeniu. Tenże odczyn się zjawia dyspeptyków, których rodzice cierpieli na raka, u pseudoartryków, i sercowych chorych pochodzących z takichże rodzin. Dzieci astmatyków, dnawych lub diabetyków cierpią od wczesnej młodości lub nawet od dzieciństwa na napady astmatyczne z rozedmą płuc, na rzekomy reumatyzm stawowy, występujący w postaci zgrubienia guzowatego stawów palcowych, suchego zapalenia stawu kolanowego, lub też w postaci neuroartrycznych cierpień skóry. Ci potomkowie dochodzą do wieku dojrzałego, lecz cierpią na gruźlicę przewlekłą, która długo może istnieć w stanie utajonym.

U potomków chorych sercowych występuje bicie serca. Mają oni swoiste usposobienie do cierpień wosierdzia, zwężenia zastawki trójdzielnej, zaś u dzieci sklerotyków i brajtyków występują wczesne zaburzenia nerkowe pretuberkuliczne, zapalenie nerek pochodzenia gruźliczego lub też bez wpływu pasorzytów, lub też z drugiej strony występują objawy nieprawidłowej czynności nerek, wywołujące t. zw. neurastenię mocznicową, którą znaleźć można u niektórych pretuberkulików. Jednym słowem, gdy u osobnika do tej pory zdrowego zjawi się późno objaw dziedziczności nie swoistej, jego cierpienie ma charakter skazy, neropatyę lub też, gdy się umiejscowi w tym samym narządzie, co i u przodków, należy zawsze podejrzewać kiełkowanie zakażenia jeszcze utajonego. A ze wszystkich zakażeń, w których długi okres utajonego kiełkowania poprzedza wystąpienie pierwszych

klasyecznych objawów cierpienia, najczęstszą jest gruźlica. Według Turbana u potomków gruźliczych gruźlica umiejscawia się nawet w tych samych szczytach płuc, jak i u rodziców. Opiera on to na badaniu 88 rodzin, których członkowie kolejno zapadali na gruźlicę. Czyni to zależnem do pewnego stopnia od niedostatecznego rozwoju bronchis apicalis posterior, jak to wykazywał w ostatnich czasach Birch-Hirschfeld.

Tym więc sposobem dziedziczność staje się jakby prawem.

Można dziedziczyć usposobienie do gruźlicy wprost od gruźliczych rodziców, zarówno i od chorych rodziców, bez względu na rodzaj ich cierpienia. Wytwarza się zawsze „locus minoris resistentiae” czy w postaci skazy, czy też w postaci pewnej wrażliwości na lasecznik gruźliczy pojedynczych narządów.

Pogląd to do pewnego tylko stopnia jest słuszny, gdyż zapewne osobniki o mniejszej dziedzicznej odporności są bardziej narażone na możność zakażenia, o ile na toż zakażenie są wystawione. Lecz ten horoskop przyszłości rasy całej, zbudowanej na teorii zwyrodnienia, jest zbyt pesymistyczny, a, jak wyżej wykazałem, niezgodny z faktami. Wyżej już powiedziałem, że dziedziczenie nie jest prawem, tylko prawdopodobieństwem.

b) *Zolzy*. Jako drugi czynnik usposabiający uważano zolzy. Prawie wszyscy badacze w tej sprawie zgadzają się, że zolzy są chorobą wieku młodego. Najczęściej zdarzają się pomiędzy 3 a 15 r. życia. W późniejszym wieku zdarzają się wyjątkowo (Lebert, Hennek, Birch-Hirschfeld). Jak częstem jest to cierpienie wśród dzieci, dowodzą dane statystyczne.

Otóż Ritter na 20000 dzieci stwierdził zolzy w 90% przyp. To samo Voland na 2000 badanych. Monti w poliklinice wiedeńskiej za czas od 1863 r. do 1897 obserwował 8128 dzieci zolzo-watych. Z tych 47% w wieku od 0—5 lat (362 czyli 4% do 1 r. życia), 26% w wieku od 5 do 9 lat, 26,2% od lat 9 do 14. Z liczby wymienionej było chłopców 3731, dziewcząt zaś 4397. W statystyce Ra bla, obejmującej 11796 przypadków zolzy, najwięcej bo 2228 przyp (19%) przypadało na wiek od 6 lat do 10.

Cechy charakterystyczne zolzów są następujące: 1) umiejscowienie przeważnie w gruczołach, 2) uporczywość cierpienia, 3) skłonność do nawrotów, 4) mnogość takowych, polegająca na tem, iż występuje zazwyczaj nie jedna sprawa chorobowa, lecz kilka tożsamyh lub podobnych w różnych miejscach. Zolzy występują w postaci miejscowych cierpień lub ogólnych.

A. Zmiany miejscowe następują: 1) *na skórze* jako eczema seborrhoicum faciei, erythema induratum scrophulosorum (Basin, Hutchinson, White), prurigo, lichen, urticaria, lichen scrophulosorum, rzadziej w postaci tuberculose pustulo-ulcereuse Gaucher'a i folliculitis cneiformis Hallepeau,

2) *na błonach śluzowych*: rhinitis chronica purulenta, wyrostek adenoidalne, lingua geografica, phlyctenae,

3) *w gruczołach chłonnych*: powiększenie gruczołów, zlewianie się w postaci sznurów, pereł lub całych mas twardych, a następnie ropienie. Częściej cierpią gruczoły szyjowe, rzadziej pachowe i pachwinowe. Dość często cierpią oskrzelowe i

4) *w kościach i stawach*: próchnica i zapalenie grzybowate,

5) *w zębach*: zwłaszcza na przednich górnych mlecznych zjawia się brunatno zielony rzadki szyjec zęba w pobliżu dziąsła. Z biegiem czasu poczyna się wytwarzać w tem miejscu próchnica,

6) *w uchu*: przewlekłe sprawy ropne.

B. Zaburzenia ogólne występują w postaci: 1) *małokrwistości* (anemia), przyczem krew ubożeje bardziej w hemoglobinę aniżeli w czerwone ciała. Ilość leukocytów się zwiększa,

2) *Niestrawności*. Fenwick opisał specjalną postać zaburzeń w trawieniu u żółzowatych, które to zaburzenia spotykał 42 razy na 2000 przypadków badanych. A mianowicie nagle w nocy lub zaraz po jedzeniu dzieci uczuwają silne bóle w okolicy pępka, zaczynające się z prawej strony i przechodzące na lewo. Stolec bezbarwny, śluzowaty i cuchnący. Chorzy często uczuwają parcie na stolec zaraz po pierwszym kęsku spożytej strawy. Rzadko bywają nudności i wymioty. Fenwick uważa to za nerwicę kiszek.

3) *Konstytucja żółzowata*: postać wysmukła, słaby i ciężki układ mięśniowy, żyłki błękitne, błyszczące wilgotne oczy o rozszerzonych źrenicach, usposobienie żywe, łatwo ulegające potnienu. Do tego dodawano blond włosy i niebieskie oczy (Bircht-Hirschfeld) lub ciemne oczy i ciemne włosy (codo patogeneze). Jest to typ t. zw. erethicus. Drugi typ t. zw. torpidus przedstawia się odmiennie: budowa przysadkowata, brzuch gruby wypięty (żabi), grube członki i tułów, pokryty dużą warstwą tłuszczu, mięśnie cienkie i wątłe, szyja krótka i gruba, głowa duża, nos kolbowaty, wagi grube, temperament powolny.

Najważniejszą rolę w powstaniu żółzów gra budowa skóry, jej cienkość i delikatność (Cornet). Co do patogenezy żółzów zdania są rozdwojone. *Jedni* (z dawniejszych van Swieten, Bayle, Hufeland, Laënnec, Lugol, Rittich, Bartes, Cruveilhier,

Rokitański z nowszych Neumanna a poczęści Cornet i Gallvis) *utożsamiają zółzy z gruźlicą*. Inni zaś (Virchow, Billroth, Birch-Hirschfeld, Baginsky, Koch, Ryxter, Seifert, Jacob i Pannwitz) *twierdzą, że nie należy utożsamiać gruźlicy z zółzami, chociaż Baginsky przypisuje największy wpływ lasecznikowi gruźliczemu na powstawanie zmian w gruczołach*. Cornet rozróżnia 3 postaci zółzów: 1) gruźliczą (skrofulo-tuberkulozę), 2) niegruźliczą (pyogene-ropną) i 3) mieszaną.

Doświadczenia dowiodły, że wszelkie pasorzyty mogą przechodzić przez nieuszkodzoną skórę lub błonę śluzową młodych osobników, nie wywołując w nich żadnych zmian. Ztąd na drodze chłonnej przedostają się do gruczołów chłonnych i tam się osiedlają. Lasecznik gruźliczy wywołuje swoiste zmiany w nich, zaś ropotwórcze sprowadzają albo ropienie, albo też tylko zapalne obrzmienie gruczołów. Wszystkie zmiany spostrzegane i opisane jako charakterystyczne dla zółzów powstają później pod wpływem działania jądów bakteryjnych. Zółzy, jak wiadomo, są chorobą młodego wieku. Ponieważ młode osobniki posiadają delikatną i cienką skórę i delikatne błony śluzowe, przeto zarazek łatwo się może przez nie przedostać, gdy u dorosłych wskutek zgrubienia skóry i błon śluzowych pasorzyty przez nie przechodzić nie mogą. Z drugiej strony—drogi chłonne u dzieci są szersze, aniżeli u dorosłych, ilość pierwociny w komórkach u dzieci jest większa jak również obfitsza jest ilość soków tkankowych. Oprócz tego naczynia chłonne są stosunkowo za małe względnie do ilości soków tkankowych i szerokości między-tkankowych kanalików, co wywołuje zastój limfy w naczyniach (Ponfick). Tem się tłumaczy obrzmienie powierzchni skóry i widocznych błon śluzowych u zółzowatych, niekiedy na dużej przestrzeni. A wszystkie te czynniki usposabiają do przyjęcia zarazka i do wprowadzenia go do gruczołów. Powyższe właściwości mogą być różne u różnych osobników, Już Virchow zwracał uwagę na znaczne nieraz różnice, jakie zachodzą w układzie chłonnym różnych osobników. Liczba naczyń chłonnych i ich wielkość waha się w szerokich granicach u różnych osób. Być może, że mamy tu do czynienia z pewnymi odziedziczonymi właściwościami. W każdym razie osobnik skłonny do zółzów stanie się zółzowatym, jeśli nie będzie się znajdował w warunkach sprzyjających przenikaniu zarazków do ustroju (Cornet). A wielką jest sposobność do zarażenia w wieku dziecięcym, jako to: niepokrywanie głowy, obecność we włosach pasorzytów, urazy i zranienia skóry na twarzy i głowie; zranienie warg i błony śluzowej jamy ustnej, wkładanie tamże brudnych palców, zepsute zęby i pocieranie oczu brudnymi palcami, chustkami, wylizy-

wanie obcych ciał z oka językiem, wprowadzanie palców lub ciał obcych do pochwy w celach onanizmu, nawet u bardzo małych dzieci (H en o c h) i t. p. Tym sposobem żoły uważać należy jako chorobę pasorzytniczą, rozwijającą się w wieku dziecięcym dzięki właściwej temu wiekowi budowie anatomicznej. W znacznej większości przypadków żoły są już wyrazem istniejącej gruźlicy. Żoły więc nie wytwarzają swoistego usposobienia do powstawania gruźlicy, lecz w pewnej części przypadków są samą gruźlicą. W tych przypadkach, w których się nie rozwija gruźlica, obecne są inne pasorzyty (ropotwórcze). Jak częstą jest gruźlica gruczołów, wykazują dane sekcyjne. R a b e s w dziecięcym szpitalu w Budapeszcie znalazł w przeciągu 8 lat gruźlicę gruczołów więcej niż w połowie przypadków, mianowicie gruczołów oskrzelowych i śródpiersiowych.

M ü l l e r na 500 sekcyi w instytucie anatomopatologicznym Monachijskim w pierwszych 15 latach życia znalazł 126 razy gruźlicę gruczołów, a 103 razy wyłącznie oskrzelowych. N e u m a n n na 142 sekcyi dzieci od 0—15 znalazł gruźlicę gruczołów oskrzelowych 46 razy.

F r o e b e l i u s w St. Petersburgskim domu podrzutek znalazł gruczoły oskrzelowe zmienione gruźliczo w 99,2% gruźliczych dzieci.

Rozwojowi żołów sprzyjają pewne zewnętrzne warunki: 1) społeczne położenie dzieci. Oddawna zauważono, że pośród uboższych warstw spotyka się *nierównie więcej* dzieci żolzowatych, aniżeli pośród zamożniejszych,

2) *złe mieszkanie*, t. j. większa zawartość w nich zarazków, których liczba wzrasta z liczbą mieszkańców w nich;

3) *ciemne, wilgotne, źle przewietrzane mieszkanie, położone szczególnie w wązkich ulicach miasta*. W tych bowiem mieszkaniach gromadzi się większa ilość zarazków;

4) *niechlujstwo*: brudna skóra i bielizna są wyborem podłożem dla bakteryi;

5) *niedostateczne odżywianie*: dzieci karmione piersią zdrowej matki lub zdrowej mamki rzadziej bywają żolzowate, aniżeli dzieci karmione krowiem mlekiem. Pokarmy, które mechanicznie drażnią ściankę kiszek (skrobiowe i roślinne, bogate w drzewniki) stwarzają dogodne warunki do przenikania zarazków do gruczołów kiszkowych;

6) *brak ruchu na świeżem powietrzu* jest ważnym nie tylko ze względu na możność przebywania na świeżem powietrzu, ile ze względu na rzadszą obecność w mieszkaniu, gdzie możność zakażenia jest większą, aniżeli na otwartem powietrzu. Przypuszczano nawet, że mieszkańcy wsi rzadziej cierpią na żoły, lecz twierdzenie to upadło wobec ściślejszych obserwacyi;

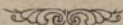
7) *niektóre choroby* sprzyjają wybuchowi żołądów. Najgorszą sławą w tej mierze cieszą się: *odra i koklusz*. Często żoły poprzedza *szkarlatyna, ospa, blonica*. Nieprzyjaciele szczepienia ospy przytaczali na usprawiedliwienie swych poglądów fakty, że żoły często się zjawiają po szczepieniu. Zaprzeczają temu jednak liczne spostrzeżenia nieuprzedzonych badaczy. Tak np. Ba g i n s k y na wiele tysięcy szczepień, ani razu nie widział wybuchu żołądów;

8) *uraz*, powierzchowne zranienie skóry i błon śluzowych. Tępe nderzenie ma sprzyjać powstawaniu gruźlicy kości. Może również wpływać na ujawnienie się już istniejących ukrytych zmian w kościach. Zwolennicy teorii odziedziczenia żołądów jako jednostki patologicznej (Lugol) twierdzili, iż w następujących warunkach dzieci bywają żołądowate:

- 1) jeżeli rodzice są żołądowaci,
- 2) jeżeli rodzice cierpieli na płuca,
- 3) jeżeli rodzice w dzieciństwie cierpieli na żoły, chociażby w składzie płodzenia byli zdrowi,
- 4) jeżeli w rodzinach rodziców bywały przypadki żołądów,
- 5) jeżeli rodzice przechodzili przymiot lub czynniki nadużycia in Venere,
- 6) jeżeli rodzice byli zbyt młodzi (zawarli śluby przed upływem 25 lat) lub starzy (ojciec po 50 latach, matka po 40 latach),
- 7) jeżeli była znaczna różnica wieku pomiędzy rodzicami,
- 8) jeżeli rodzice chorowali na paraliż, padaczkę, choroby umysłowe.

W obecnym stanie wiedzy powiedzieć możemy, że dzieci odziedziczyć mogą pewną budowę anatomiczną resp. naczyń chłonnych, która mniej lub więcej sprzyjać może przenikaniu zarazków. Wszystkie czynniki wymienione powyżej, jako warunkujące dziedziczenie żołądów jako takich, mogą tylko wpływać na wytworzenie się pewnej budowy anatomicznej, zaś nie wytwarzają samego cierpienia zw. żołądami.

(D. c. n.)



IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

421. Gerngross. Zapalenie około wyrostka robaczkowego i leukocytoza. (Münch. med. Wochensh. № 37. 1903).

Nierozstrzygniętym pytaniem, które jednakowo zajmuje lekarzy chorób wewnętrznych jako też chirurgów, jest postawienie wskazania do operacji przy zapaleniu około wyrostka robaczkowego. Jedni wogóle odrzucają operację, inni zaś wymagają usunięcia wyrostka dla wszystkich przypadków jako środka zapobiegawczego. Zdawało się, że to zapytanie rozstrzygnął Curschmann, który zwrócił uwagę na znaczenie badania krwi przy rozpoznaniu—czy się ma do czynienia ze zwykłym zapaleniem, czy też z ropieniem. Powołując się na swoje badania, Curschmann przekonał się, że liczenie białych ciałek krwi ma wielkie znaczenie przy postawieniu wskazania do operacji. Przypadki, które nie doprowadzają do ropienia, odznaczają się tem, że przebiegają albo zupełnie bez powiększenia ilości białych ciałek krwi, albo mają tylko nieznacznie powiększoną ilość takowych i to w początku choroby; ilość ta wkrótce wraca do normy. Znaczne powiększenie ilości białych ciałek krwi spotykamy bez pokazania się potem ropienia tylko na początku choroby i to wtedy tylko przejściowo. W takich przypadkach ilość białych ciałek nie przewyższa 20,000—22,000. Gdy zaś już w pierwszych dniach choroby, albo, co się spotyka znacznie rzadziej, ilość białych ciałek krwi znacznie się podwyższa i to na długi czas, w przeciągu dalszych badań, to można z całą pewnością postawić rozpoznanie, że się ma do czynienia z ropieniem, że należy przystępować do operacji, szczególnie, gdy się wykluczyło inne choroby, które też prowadzą do powiększenia ilości białych ciałek krwi, jak np. zapalenie płuc.

Powiększenie ilości białych ciałek do 25,000 lub więcej już wzbudza wszelkie nasze podejrzenie, chociażby wystąpiło jednorazowo, gdy zaś ono w dalszym przebiegu choroby się nie zmniejsza, to rozpoznanie ropienia pewne i dłuższe oczekiwanie może być zgubnem dla chorego. Wassermann zwraca uwagę na niezależność ilości białych ciałek krwi od innych objawów choroby, jak to ciepota, tętno, ogólny stan chorego i t. d., i jest tego zdania, że liczenie białych ciałek krwi ma większe znaczenie wśród innych objawów zapalenia około wyrostka robaczkowego. Tylko w dwóch przypadkach znalazł on, że objawy Curschmann'a były mylne, gdyż, chociaż rozpoznanie ropnia nie podlegało wątpliwości, jednakże ilość białych ciałek krwi nie była powiększona przez dłuższy przebieg czasu w jednym przypadku, a w drugim wcale się nie powiększyła. Kühn jest tego zdania, że liczenie białych ciałek krwi ma tylko znaczenie w przebiegu ostrym choroby, szczególnie w ostrych ropieniach. Ostre ropienia dają dobre wyniki liczenia tylko wtedy, gdy się szybko

i stale rozwijają. Ilość białych ciałek krwi w większej części przypadków się zmniejsza, gdy się tworzy ropień i ginie skłonność do dalszego rozszerzania się. Tylko wielkie liczby (20—30000) mają jakieś znaczenie, a mniejsze nie mają żadnego. W chorobach przewlekłych lub w razie utworzenia się ropnia nie znajdujemy powiększonej ilości białych ciałek krwi, gdyż już mogła zginąć. Küttner i Corte w ogólności potwierdzają to, co znalazł Curschmann. Autor sam się zajmował liczeniem i przyszedł do następujących wniosków. Liczył on aparatem Thoma-Zeiss'a codziennie regularnie o 10 rano, aby tym sposobem wykluczyć powiększenie ilości białych ciałek krwi, wywołane przez proces trawienia. Autor przytacza najpierw 12 przypadków, w których przejściowe powiększenie ilości białych ciałek krwi lub brak jego zgadzało się z lekkim klinicznym przebiegiem choroby. W tych przypadkach ilość wynosiła 10—15000, gdy zaś była większą, to w 2 lub 6 dni znowu się zmniejszała do normy. Jak wyżej wymieniono, takie przejściowe powiększenie ilości białych ciałek krwi nie ma żadnego znaczenia i wcale nie dowodzi, że się ma do czynienia z ropieniem. Znaczenie ma nie ilość białych ciałek krwi lecz stałe powiększenie ilości i długotrwałość powiększenia ilości białych ciałek krwi nad 20000. Z historii tych chorób widać, że równoległe ze zmniejszeniem się ilości białych ciałek krwi idzie i ogólne polepszenie się stanu chorego i odwrotnie, w miarę powiększania się ilości białych ciałek krwi idzie pogorszenie stanu chorego. Dalej autor opisuje jeszcze 8 przypadków różnego rodzaju przebiegu choroby. Tak w dwóch przypadkach ilość białych ciałek nie była powiększona, a próbne nakłucie wykazało ropę. Biorąc pod uwagę te wszystkie przypadki, autor w gruncie rzeczy zgadza się zupełnie z Curschmann'em. Nie zgadza się autor z Curschmann'em w tem, że C. wymaga operacji we wszystkich przypadkach, gdzie tylko ilość białych ciałek przewyższa 25000, gdy autor zauważył w jednym przypadku ilość białych ciałek w przeciągu kilku dni powiększoną do 30000, a chory wyzdrowiał bez operacji. Jednym słowem, liczenie białych ciałek krwi, według autora, pokazuje nam tylko czy choroba się rozwija dalej, czy też ginie, jednakże liczenie nie jest miarodajnym przy stawianiu wskazań do operacji. Kiedy należy operować, zależy od ogólnego stanu chorego. W końcu swej pracy autor wspomina pracę Goetjes'a. Goetjes w 80% swoich przypadków znajduje potwierdzenie teorii Curschmann'a. W pozostałych 20%, w których najwięcej zależało na tem, aby badanie krwi rozstrzygnęło wskazanie do operacji, liczenie białych ciałek krwi zawiodło i nie zgadzało się z teorią Curschmann'a. Wedle zdania Goetjes'a, należy uważać za zły znak, gdy w zapaleniu około wyrostka robaczkowego z ciężkimi objawami klinicznymi znajdujemy ilość białych ciałek krwi normalną lub nieznacznie powiększoną. Objasnia to tem, że ustrój odporny, który pracuje regularnie, przy obecności ropy reaguje znacznem podwyższeniem ilości białych ciałek krwi; jeśli ustrój nie jest w stanie tego uczynić, to rokowanie złe. Jednym słowem—i według tych badań, liczenie białych ciałek krwi jest

poważnym, lecz nie zupełnie pewnym środkiem do postawienia rozpoznania ciężkości i znaczenia zapalenia około wyrostka robaczkowego.
W. Biehler.

422. P. Drodzowski. **Znaczenie rozpoznawcze objawu Oliver'a przy tętniakach aorty piersiowej.** (Russkij Wracz, № 8, 9. 1903).

W r. 1878-ym W. S. Oliver opisał objaw, pozwalający, zdaniem jego, na rozpoznawanie tętniaka aorty (lub nawet prostego rozszerzenia aorty), skoro tenże umiejscowiony jest w aorcie wstępującej lub w pierwszej części poprzecznego odcinka łuku aorty. Żeby objaw omawiany wywołać, należy postępować, jak następuje: chory, stojący, powinien zamknąć usta i podnieść podbródek, jak można najwyżej; wówczas w takiej jego pozycji bierze się pomiędzy duży i wskazujący palec chrząstkę tarczową (*Cartilago thyreoidea*) chorego i wykonywa się lekki ucisk chrząstki tej ku górze; w razie, jeżeli jest rozszerzenie lub tętniak aorty, to wyraźnie wyczuwa się tętnienie aorty, udzielające się ręce przez pośrednictwo gardła. Jakkolwiek od czasu ogłoszenia przez Oliver'a tego spostrzeżenia upłynęło już 25 lat, znaczenie wzmiankowanego objawu nie jest jeszcze ustalone.

Cardarelli, który najwięcej nad wyjaśnieniem tego objawu pracował, zmodyfikował badanie w sposób następujący: nie odchyłając głowy chorego ku tyłowi, kładzie się zgarbiony palec wskazujący na prawą stronę chrząstki tarczowej i, naciskając ją, stara się odchylić krtąń na lewo od środkowej linii ciała. Przy obecności tętniaka otrzymuje się wówczas wyraźne tętnienie krtani z lewej strony ku prawej, tymczasem gdy ucisk na chrząstkę tarczową z lewej strony ku prawej tętnienia boczne nie powoduje.

Autor, opierając się na 10 przypadkach tętniaka aorty, stwierdzonych sekcyjnie, a spostrzeganych osobiście, oraz na rozpatrzeniu przypadków Auerbach'a, Ritóó'k'a, Jessen'a i Gebauer'a dochodzi do wniosków następujących.

Objawowi Oliver'a nie można przypisywać znaczenia patognomicznego dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy tętniakiem aorty piersiowej i nowotworem śródpiersia, czego nie miał, zresztą, na względzie i sam Oliver. Objaw ten w niektórych warunkach daje się spostrzegać i przy nowotworach śródpiersia; objaw ten może być, lecz i może go brakować przy tętniakach aorty piersiowej.

Objawu tego będzie brakować przy tętniakach aorty piersiowej, w razie, jeżeli otwór w aorcie jest mały; następnie, brak tego objawu zależnym jest od nawarstwień włóknikowych w worku tętniaka, a mianowicie od ich ilości i stopnia zbitości, wreszcie—od ogólnego stanu chorego.

Stopień wyrazistości objawu Oliver'a przy tętniakach aorty nie jest w przebiegu choroby wielkością stałą: przy dobrej działalności serca i względnie dobrym stanie ogólnym chorego może być wyraźnie widzialne i wyczuwalne drganie tchawicy od góry do dołu, a z chwilą,

gdy działalność serca i stan ogólny ulegną pogorszeniu, objaw Oliver'a może stać się bardzo słabym i przejawiać się jako proste tętnienie, bez charakteru drgania tchawicy, t. j. jako tętnienie, występuje niekiedy w czyste j niedomykalności zastawek aorty.

Ponieważ objaw Oliver'a występuje i przy nowotworach śródpiersia, przeto rozpoznawać tętniak aorty możemy jedynie wrażliwością obecności wszystkich objawów, charakterystycznych dla tego cierpienia. Lecz z pośród tych objawów objaw Oliver'a posiadać będzie nie małe znaczenie, gdyż wskazuje nam na istnienie tętniaka w razie, jeżeli na zasadzie innych danych można z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem wykluczyć nowotwór śródpiersia.

Jeżeli wszystkie dane przemawiają za istnieniem tętniaka aorty piersiowej i istnieje objaw Oliver'a, to nie mamy prawa twierdzić, że tętniak znajduje się tylko w początkowej lub w tylnodolnej części wypukłości łuku aorty, gdyż objaw ten może być w razie umiejscowienia się tętniaka w innym odcinku łuku aorty, może być przy tętniaku wrzecionowatym całej aorty piersiowej i nawet przy tętniaku początku aorty zstępującej.

Józef Winiarski.

423. H. Kayser. **Paratyphus.** (Deutsche Med. Woch., № 18. 1903).

W ostatnich latach do rzędu ostrych chorób zakaźnych zaliczono paratyphus. We Francji cierpienie to jest znane pod nazwą „infection paratyphoidique“ (A chard i B e n s a u d e, 1896). Spoztrzegano je i w Holandii (D e F e y f e r), w Rumunii (S i o n - N e g e l) i w Ameryce. W Niemczech pierwszy opisał je i nazwał S c h o t t m ü l l e r, opierając się na bogatym materyale, spoztrzymanym w Hamburgu. A. B r i o n ' o w i z a w d z i e c z a m y w y c z e r p u j ą c ą m o n o g r a f i ę, p o ś w i ę c o n ą p a r a t y f u s o w i.

Jest to choroba, wywołana swoistym zarazkiem i przebiega pod postacią tyfusu brzuszego i może być rozpoznana tylko za pomocą badania bakteriologicznego. Pod względem praktycznym należy zaznaczyć, że *rokowanie* jest dobre (śmiertelność wynosi od 1 do 2%).

Bakterye paratyfusowe zajmują pod względem biologicznym miejsce pomiędzy lasecznikiem tyfusu brzuszego i lasecznikiem okrężnicy (*bacterium coli commune*). Rozróżnia się 2 typy laseczników paratyfusowych (A i B), które jednak tak co do swoich własności hodowlanych, jak i zdolności aglutynacyjnych stanowią jedną jednostkę. Są to ruszające się krótkie pałeczki. Hodowle świeże na żelatynie laseczników A są prawie bez barwy, laseczników B—białawe. Barwienie według Gram'a daje wyniki ujemne; na płytkach D r i g a l s k i ' e g o - C o n r a d i ' e g o rosną one w postaci błękitnych kolonii; w hodowlach bulionowych nie wytwarzają indolu.

Autor miał sposobność zbadać krew 3-ch odnośnych chorych, spoztrzeganych przez d-rów: K e r n ' a i G r o m b a c h ' a; w za-

dnym z tych trzech przypadków próba Gruber'a-Widala nie wypadła dodatnio, t. j. nie było przekonującego zjawiska aglutynacji.
J. Winiarski.

424. **Mircoli i Gervino. Wpływ wysokoku na krew.** (Gazetta degli osped. № 44, 1903).

Badanie wpływu wysokoku na ustrój ludzki, a mianowicie, jak dalece wysokok może oddać dobre usługi podczas przebiegu pewnych chorób, w ostatnich czasach oparło się na różnych doświadczeniach na zwierzętach, wyszło z okresu prostej empirji.

Autorowie uważają za dowiedzione, że wysokoku można używać jako środka odżywczego. Oprócz tego Mircoli dowiódł, że surowica krwi ludzi, używających w nadmiarze wysokoku, posiada własności, które neutralizują toksyny gruźlicze; wykluczyć jednak należy tak daleko rozwinięty alkoholizm, który już doprowadził do pewnych zmian w tkankach.

Gervino dalej przeróżnemi doświadczeniami dowiódł, że zwierzęta, którym dodano do pokarmu wysokoku, cieszyły się silnie rozwiniętą odpornością przeciwko zakażeniu lasecznikami gruźlicy, jako też przeciwko zastrzykiwaniu tuberkuliny.

Dalsze badania pokazały nam, że z powodu użycia wysokoku następują znaczne zmiany w składzie krwi, która nie tak prędko krzepnie i ma skłonność do hemolizy. Jak Mircoli dowiódł, to samo znajduje się i u chorych na gruźlicę, gdy stan choroby się polepsza, i prowadzi to do autoimmunizacji. Dlatego też i samo przez się rozumie, że użycie wysokoku podczas gruźlicy wtedy jest zabronionem, gdy jest skłonność do krwotoków.
W. Biehler.

425. **Louis Rénou. Nadprzeponowe utajone wysięki opłucny u dotkniętych wadą serca.** (Arch. Générales de méd. № 24, 1903).

Pod dziwną postacią nieraz przebiegają wysięki opłucny, zmylając nawet bardzo doświadczonych klinicystów, gdyż zbierają się one pod płucami nad przeponą. Opisali je po raz pierwszy Huchard i uczeń jego Robert; zdarzają się one przeważnie u osób dotkniętych wadą sercową. Autor przytacza pouczający opis trzech własnych przypadków, z których pierwszy skutek złego rozpoznania skończył się zejściem śmiertelnem.

Wysięk, o którym mowa, przebiega w postaci utajonej. Objaw znamienny jego stanowi tylko ból przy oddechu; niema żadnego innego ze zwykłych objawów zapaleń wysiękowych opłucny, żadnego stłumienia, lekki tylko odcień typaniczny u podstawy tylnej płuc i nieco pojedynczych rzeżeń wilgotnych uzupełniają obraz kliniczny; nakłucie próbne nie wykrywa nic. Z przodu natomiast stłumienie sięga bardzo wysoko. Wobec tego, że stale wyczuwa się dolny brzeg wątroby,

nasuwa się myśl, że tępość z przodu zależną jest od sprawy zastoinowej w wątrobie. Stosowanie jednak wszelkich środków dla zmniejszenia zastoiny pozostaje bez żadnych wyników, chory umiera raptownie i stan właściwy rzeczy wykrywa w takich przypadkach autopsya. W jednym z przypadków autora, źle za życia rozpoznany, wykryto 1½ litra płynu surowiczego w prawej jamie opłucnowej, jakby uwięzionego pod prawym płucem nad przeponą; tylny gruby brzeg wypełniał niszę przeponożebrową i w ten sposób uniemożliwiał przedostanie się płynu ku tyłowi, wypychając go do przedniej ścianki klatki piersiowej; wątroba, która wydawała się niezwykle dużą, na stole sekcyjnym okazała się rozmiarów zwykłych, wskutek ucisku z góry ze strony wysięku była ona tylko znacznie opuszczona ku dołowi.

Jeżeli sądzić z dotychczas podanej kazuistyki i przypadków autora, wysięk nadprzeponowy występuje zazwyczaj jako następstwo zawału płucnego na tle wady sercowej. Jeżeli pamiętać o możliwości ich istnienia, trudno go przeoczyć, należy uczynić nakłucie w miejscu stłumienia, a właściwy stan rzeczy wykryje się łatwo.

Sprawa nie jest groźną, jeżeli rozpoznać ją zawczasu. Najwłaściwszą drogą do walki z nią jest wypróżnienie opłucnej za pomocą aspiracji płynu.

Leon Zamenhof.

426. Rudolf Staehelin. **Przypadek samoistnego ogólnego obrzęku z zejściem śmiertelnem.** (Zeitsch. für klin. Med. B. 49. 1903).

Przypadki ogólnego samoistnego obrzęku skóry należą do nader rzadkich. Opisał je po raz pierwszy Wagner; następne opisy należą do Küssner'a, Tchirkoff'a, Rosini'ego i innych.

Charakterystyczną cechą cierpienia stanowi obrzęk skórny, przyczyny którego nie można wykryć ani w sercu, ani w nerkach, ani też w innych organach. Jeżeli choroba występuje ostro, obrzęk może po upływie kilku dni zniknąć bez śladu (7 przypadków u osób dorosłych—Wagner i 3 przypadki Talma i kilka Tchirkoff'a).

Przewlekłe przypadki ciągną się tygodnie, miesiące i nawet lata i częstokroć kończą się zejściem śmiertelnem.

Przypadek autora dotyczył 51-letniej kobiety, praczki. Z dat anamnestycznych nie można było wyłowić nia, na czem dałoby się oprzeć etiologię cierpienia. Choroba rozpoczęła się do obrzęku powiek, na który jednak chora przez długi czas nie zwracała uwagi. Po upływie 14 dni obrzęk rozlał się po całym obliczu i jednocześnie skóra się zaczerwieniła. Ucisk na obrzękłe miejsca wprawdzie wywoływał pewne bóle, lecz stan ogólny chorej był zupełnie dobry. Powoli obrzęk i zaczerwienienie ogarnęły pierś i ramiona, a czerwonosć twarzy stała się tak wybitną, że zupełnie prawie symulowała różę. Pod uciskiem zabarwienie czerwone znikало. Na dolnych kończynach obrzęków z początku nie było żadnych. Wkrótce do objawów na skórze przyłączyły się objawy dotkliwego obrzęku błony śluzowej jamy ustnej i gardzieli, któremu również towarzyszyło zabarwienie krwawe. Obrzęk

ten utrudniał w wysokim stopniu akt połykania. Ciepłota przez dłuższy czas była prawie normalna, tętno zwykłe; stan podmiotowy zupełnie dobry. Badanie moczu nie ustaliło białka. Stan serca normalny, krew również nie zdradzała wybitnych zmian. Czerwonych ciałek krwi przy pierwszym badaniu było 2,450,000; bezbarwnych 10,000; hemoglobiny 7,7 w 100 cm. sz. Kilkakrotnie powtórzone badanie stwierdziło tylko nieznaczne wahania od wyżej wskazanego stanu; zmniejszała się głównie odsetka hemoglobiny.

Pod wpływem borgoldcream'u i sodu salicylowego obrzęki zaczęły powoli znikać. Lecz wkrótce sprawa się ponownie pogorszyła; obrzęki wróciły, zjawily się nawet na dolnych kończynach i połykanie stawało się coraz trudniejszym; w różnych miejscach ukazały się nawet krwawe wybroczyny podskórne. Ciepłota, która na początku była normalną, podniosła się wkrótce do 38,5—38,6. Jako przyczynę tego ostatniego zjawiska autor uważa zapalenie oskrzeli, które przyłączyło się w ostatnim okresie choroby. Pomimo codziennych poszukiwań białka jednak w dalszym ciągu nie można było wykryć w moczu.

Szereg środków (jodek potasu, atropina, tyreozydyna, aidonina, diuretyna i inne) nie dały prawie żadnych wyników. Tylko koca i pilokarpina przez niedługi czas zdawały się szczęśliwie walczyć z obrzękami. Wskutek utrudnionego połykania chora coraz marniej się odżywała. Wreszcie, po 2 miesiącach choroby nastąpiła śmierć przy objawach sinicy i duszności.

Na seceji wykryto ogólny obrzęk skóry, nieznaczny obrzęk kory mózgowej i powiększenie ilości płynu w bocznych zatokach mózgu. Cała prawie krtań, szczególnie w tylnej części była znacznie obrzęknięta. W jamach wewnętrznych płynów było mało. Szczegółowe badanie serca, nerek i innych organów wewnętrznych nie ustaliło nic wybitnego, co by stan chorej wyjaśnić mogło. Lewy zraz gruczołu tarczowego był nieznacznie przerosły. Poza tem żadnych innych zmian nie stwierdzono.

Leon Zamenhof.

427. **Mendel. Niedomoga oddechowa w suchotach.** („De l'insuffisance respiratoire dans la tuberculose pulmonaire“. Arch. Génér. de méd. № 24, 1903).

Od kilku lat autor w celu dostarczania suchotnikom większej ilości powietrza stosuje iniekcye do tchawicy olejków lotnych, a głównie eukaliptolu w roztworze oliwnym. W ostatniej pracy swej podaje on dalszy ciąg swych doświadczeń w tym kierunku.

Spostrzeżenia swe dotychczasowe dzieli on na 2 kategorie.

Do pierwszej zalicza wszystkie przypadki, w których iniekcye stosował tylko jeden raz. Po wprowadzeniu 6—9 cm. sz. 5% eukaliptolu, pneumograf, którym stale M. się posługiwał dla ścisłego sprawdzenia rezultatów, wykazał prawie podwójne powiększenie pojemności płucnej. Chorzy po jednej iniekcji czuli się znacznie lepiej, lecz dodatni ten wpływ przemijał bez śladu po kilku godzinach.

W drugiej kategorii chorych, u których zabieg ten stosowano około miesiąca, efekt wywołany przez pierwszą iniekcye pozostał

ciągłym: oddech stał się głębszym i rzadszym, apetyt i siły wracały, waga się podnosiła.

Takie wyniki dodatnie autor usiłuje wytłumaczyć w sposób następujący. Eukaliptol, przedostawszy się do dróg oddechowych, rozlewa się po tchawicy i dużych oskrzelach, z kąd para jego, unoszona prądem napływającego powietrza roznosi się po całym obszarze płuc i wywołuje jednocześnie odruchowo rozszerzenie klatki piersiowej.

Nie we wszystkich jednak przypadkach autora wyniki były tak pocieszające. Niestety, z kazuistyki jego wyosabnia i trzecia kategoria, gdzie eukaliptol nie sprowadził żadnego wpływu dodatniego i gdzie pomimo częstych zabiegów pneumograf dał wahania bardzo nieznaczne, a stan podmiotowy w dalszym ciągu pozostawiał dużo do życzenia. M. twierdzi, że były to przypadki daleko posuniętej gruźlicy, gdzie już żadne środki symptomatyczne nie mogły sprowadzić polepszenia stanu.

Na korzyść metody leczniczej autora przemawia w pewnej mierze to, że wszyscy chorzy, u których wystąpiło polepszenie, podlegali kuracji w złych warunkach higienicznych, a mianowicie w Paryżu. O ujemnych następstwach swej metody autor nie mówi nic, uważa ją za zupełnie nieszkodliwą.

Leon Zamenhof.

428. D-r F. Fernarier (de Paris). **Risques tarés et assurance sur la vie d'après les travaux du congrès de Paris.** (La Semaine médic. № 22. 1903).

Ciekawe i dla praktyków nader ważne są uchwały, powzięte przez ostatni zjazd międzynarodowy lekarzy towarzystw asekuracyjnych, który się odbył w d. 25—28 maja b. r. Dążą one do uprzywilejowania ubezpieczenia jaknajszerszym masom, ludzi nawet niezupełnie zdrowych, którym atoli ich cierpienie bezpośredniem niebezpieczeństwem nie grozi. Zadawano sobie nawet pytanie, czy nie dałoby się asekurację uczynić możliwą i w takich przypadkach, gdy osobnik obarczony jest chorobą, mogącą skrócić życie. Otóż, Swen Palme przytacza statystykę 18,132 ubezpieczonych, których dla ich wad cielesnych przyjęto tylko na odmiennych warunkach, lecz śmiertelność wśród których nie była bynajmniej większa.

Przedewszystkiem, zgodzono się na zjeździe tym przyjmować podagryków, szczególnie powyżej 35 lat, lecz bez zmian w naczyniach, sercu i nerkach; podagryków zaś młodych, jak również starych, z wyraźnymi zmianami w stawach, przyjmować tylko na warunkach specjalnych. Na wniosek Gros's'a z Lipska postanowiono przyjmować osoby, które przebyły gościec stawowy raz jeden, zmian w sercu nie mają i dziedzicznie nie są obciążone, jeżeli w ciągu dwóch lat ostatnich nawrotu nie było.

Co do ludzi dychawicznych (astmatyków), to, zgodnie z życzeniem Mahillon'a, postanowiono przyjmować tylko młodych, z rzadkimi napadami, bez gruźliczej dziedziczności, wolnych od wszelkich

zaburzeń ze strony serca i naczyń; starszych natomiast nad lat 45, otyłych, z miażdżycą naczyń i rozedmą płuc nie przyjmować.

Emfizematyków można przyjmować, jednakże tylko takich, którzy przy badaniu spirometrem wykazują więcej, niż 2000 c. sz., a różnica w obwodach ich piersi podczas najgłębszego wdechu i wydechu nie mniejsza, niż 3 ctm.

Stare zapalenie opłucny, surowicze lub ropne, chociażby wymagające zabiegu chirurgicznego, nie może być przeszkodą w przyjęciu kandydata do ubezpieczenia, po pewnym czasie po całkowitem uzdrowieniu. Ryzyko w tym względzie tem mniejsze, im starszy osobnik, czem dłużej trwa jego cierpienie; u kobiet zaś zwiększa się ono, dzięki możliwym porodom i płynącym ztąd powikłaniom. Poels utrzymuje, że możnaby przyjmować ozdrowieńców po gruźlicy kości i stawów, a Weill-Mantou przyjmuje, bez strat dla swego towarzystwa, ludzi, co w dzieciństwie cierpieli na coxalgiam. O wiele subtelniejsza niejsza jest kwestya zniekształceń kręgosłupa po malum Pottii, i w tej mierze zjazd przyjmuje uchwałę Brouardela, na mocy której osobnik, tem cierpieniem dotknięty, aczkolwiek uważany za niższy (pod względem ryzyka), może przeto niemniej zostać przyjęty, o ile skrzywienie nie upośledza czynności narządów głównych.

Dużo ożywienia wywołało roztrzyganie pytania, w jakim stopniu mogą kamice chcącym się ubezpieczyć szkodzić w ich przyjęciu. Po dłuższych i wielostronnych debatach przyjęto wreszcie wniosek Weill-Mantou, że kamica żółciowa, dawniej przebyta, przy obecnem zdrowiu za przeszkodę nie służy, i że nawet poddanie się operacyi za przeszkodę uważanem nie będzie, jeżeli po operacyi upłynęło 3—4 lata w zdrowiu. Kamica nerkowa miała więcej przeciwników, i w końcu zdecydowano, że może być przyjęty tylko taki osobnik, który od 3—5 lat nie miał nawrotu kolki nerkowej i żadnej operacyi się nie był poddawał. Kwestya otłuszczenia wywołała tyle różnych zdań i wniosków, że do żadnego pozytywnego rezultatu nie doprowadziła i zostawiono ją do następnego zjazdu. Na wniosek Poels'a zgodzono się przyjmować i kobiety ciężarne, normalnie zbudowane, z pozostawieniem towarzystwom prawa przedsięwzięcia środków dla ochrony swych interesów (np. wyłączać pierwiastki; z ciężkimi poprzednimi porodami). W końcu na porządku dziennym stanęła kwestya badań specjalnych, które dotąd, zgodnie z wnioskiem Weill-Mantou, uważane będą za potrzebne w razach tylko wyjątkowych, kiedy jakieś objawy szczególne będą zwracały uwagę na pewien narząd. Zdanie Mahillon'a, jakoby badanie ginekologiczne było zawsze konieczne, gdyż chorobę kobiecą łatwo można zataić, obalono słuszną uwagą, że w takim razie deklaracya ubezpieczonej byłaby fałszywą, i tem samem interesy towarzystwa na temby nie ucierpiały.

Z przebiegu rozpraw zjazdu widać, że wrota asekuracyi na życie coraz szerzej się otwierają dla tych, dla których kilka lat temu, ta droga przezorności zdawała się być na zawsze zamkniętą.

P. Rogoziński.

429. D-r Cheinisse. **Tożsamość lipomatozy symetrycznej bolesnej choroby Dercum'a.** (Sem. médicale № 27. 1903).

Autor zaznacza na wstępie, że rzadka dotychczas choroba Dercum'a częściej bywa teraz spostrzegana, a to dlatego, iż nie patrzają na nią, jako na cierpienie sui generis, lecz uważają ją za chorobę identyczną z t. zw. lipoma multiplex symmetricum dolorosum. Następnie przytacza szereg autorów, którzy przemawiają za blizkim związkiem, jaki istnieje między obrzękiem neuropatycznym lub artrytycznym, a lipomatem—przechodząc przez t. zw. pseudolipomaty.

Najgłówniejszymi objawami, charakteryzującymi chorobę Dercum'a, są: brak symetrii (zazwyczaj) w układzie mas tłuszczowych oraz ich bolesność. Choroba tu ładząco podobną jest do lipoma multiplex. Tak jedna, jak i druga występuje powoli, podstępnie w wieku dojrzałym, masy tłuszczowe bywają i tu i tam miękie, ograniczone lub rozlane, często nawet niesymetrycznie rozłożone. Co zaś do bolesności jednego patognomicznego dawniej objawu choroby Dercum'a, to i ten może istnieć w lipomatozie symetrycznej pod postacią bólów neuralgicznych, artrytycznych i t. p. Istnieją przypadki we francuskiej i niemieckiej literaturze, w których w jakiś czas po ciężkich bólach w pasie i kończynach—występowały systematyczne lipomaty na kończynach lub gdzieindziej. Z drugiej zaś strony, bóle w chorobie Dercum'a nie są tak stałym objawem, jak adipoza—często pojawiają się one w pewnych odstępach czasu, mogą też być bardzo słabe. Etyologia dwóch tych cierpień też jest mocno zbliżona. Wybitną rolę gra tu artrytyzm, reumatyzm, a także i okres klimakteryczny.

Autor kończy rozprawę swą twierdzeniem, że choroba Dercum'a nie jest cierpieniem odrębnym, lecz zbliżona jest do wszystkich lipomatoz pochodzenia nerwowego i jest równoznaczną z lipomatozami symetrycznymi bolesnymi.

Matylda Kobryner.

II. Wiadomości terapeutyczne.

430. Zesas. **Leczenie puchliny brzusznej w marskości wątroby.** (Deutsche med. Wochenschr. № 27, 1903).

Zmiany patologiczne, które wywołuje marskość wątroby, prowadzą prędzej lub później przez zamknięcie naczyń włosowatych żyły wrotnej do zastój w jej systemie. Z tego powodu w jamie brzusznej zbiera się znaczna ilość płynu, która bardzo dolega choremu. Leczenie lekarstwami i nawet często powtarzane nakłucia w większej części przypadków działają tylko chwilowo. Doświadczenie kliniczne pokazuje, że są przypadki marskości wątroby, podczas których puchlina brzuszna wcale nie występuje albo tylko na krótki przeciąg czasu, znika potem bez żadnego leczenia i już nigdy więcej się nie pokazuje. Takie wyleczenie należy objaśnić tem, że albo zastój nie był

tak znaczny, aby wywołać puchlinę, albo krew znalazła sobie inną drogę, za pomocą której obchodząc wątrobę, mogła się wlać do żyły głównej górnej i dolnej. Oględziny pośmiertne pokazały, że w przypadkach takich znajdowały się wyraźne połączenia żyły wrotniej z żyłami głównymi, dzięki utworzeniu się licznych zjednoczeń naczyńowych, z których główniejsze następujące: zespolenie żyły okrężnej żołądka z żyłami przelykowemi, które się łączą z żyłami nieparzystemi; zespolenie żyły odbytnicowej dolnej z żyłą miednicową; zespolenie żyły torebki Glissona z żyłami przepony; zespolenie żył kiszki ślepej i grubej z żyłą przymostkową i zespolenie żyły pępkowej z żyłami nabrzusznemi górną i dolną. Wszystko to nasuwało myśl osiągnięcia tego wyniku za pomocą zabiegu chirurgicznego.

Eck, Nencki i Pawłow robili w tym kierunku doświadczenia na psach, jako też i Rossi, Tillmann i Kuzniecowa, wszyscy oni na zasadzie tych badań przekonali się, że można za pomocą operacji utworzyć dla żyły wrotniej uboczne krążenie krwi. Pierwsze kliniczne próby na ludziach zrobił Morison i jednocześnie z nim, nic nie wiedząc o tem, Talma. Wszywali oni albo wątrobę albo sieć do rany brzusznej. Autor zebrał z literatury 78 przypadków marskości wątroby, leczonych tym sposobem. 75 operowanych chorych wyzdrowiało, to jest puchlina brzuszna zginęła na zawsze, ogólny stan znacznie się polepszył, odżywianie i waga ciała powiększyły się i chory mógł znowu pracować. Część przypadków pokazała znaczne polepszenie—puchlina zginęła na dwa lata i dłużej. Jednak nie brak sprostowań, że operacja nie nie pomogła. Ta różność wyników nasuwa myśl, że operacja Talmy nie jest wskazaną dla wszystkich bez wyjątku przypadków marskości wątroby, że są tu, jak i wszędzie, ściśle wskazania i przeciwwskazania. *Conditio sine qua non* jest jeszcze istniejąca działalność komórek wątrobianych, innymi słowami—należy przystąpić do operacji póki jeszcze komórki wątroby są względnie zdrowe, według Talmy najpóźniej po drugim nakłuciu, według Kehr'a zaraz po pierwszym nakłuciu. Operacja Talmy przeciwwskazana jest w tych przypadkach, w których wątroba znacznie zmieniona, na co wskazuje żółć w moczu, żółtaczka, brak żółci w stolcu. Co się zaś dotyczy wskazania do operacji Talmy, to jest wskazana wogóle w tych przypadkach, gdzie znajduje się przeszkoda w krążeniu krwi w żyłę wrotniej przez wątrobę. Według Bunge—należy tutaj zaliczyć następujące choroby: zakrzep w żyłę wrotnej albo zwężenie wywołane przez gazy lub sprawy zapalne; marskość zanikowa wątroby; sercowa pozorną marskość wątroby. Należy tutaj nadmienić, że Bunge za pomocą operacji łatwo wyleczył z dobrym wynikiem przypadek silnego krwawienia z żołądka i kiszki.

Co się zaś dotyczy samej operacji, to nie jest ona niebezpieczna dla chorego dzięki aseptyce, w każdym razie mniej niebezpieczna, niż próbna laparotomia, chociaż nie należy zapominać, że chory na marskość wątroby dzięki nadużyciu wyskokowemu łatwo poddają się zakażeniu. Nie wykluczone jest też samozakażenie na sposób przetoki Eck'a, gdy się usunie działanie wątroby, która usuwa z krwi jadowite części. W takim przypadku, podług zdania Talmy, chory i bez

operacji umarłby dzięki usunięciu krążenia krwi w wątrobie. Należy tu nadmienić i możebność zjawienia się wymiotów kałowych i różnych objawów nerwowych, wywołanych przez pęknięcie sieci, jak to pokazuje przypadek *Franeha*, w którym to przypadku sieć zanadto była napięta przez szew i wywołała zagięcie kiszki grubej. Co się zaś tyczy sposobu operowania, to podług danych klinicznych sposób intra i extraperitonealny dają jednakowe wyniki. Autor tutaj nadmienia, że przyszcycie śledziony zasługuje na uwagę dzięki jej szerokiej powierzchni zewnętrznej, lepiej rozłożonym naczyniom i zapobiegnięciu zagięcia kiszki. Sposoby *Ilo* i *Omi* zanadto niebezpieczne z powodu krwotoków wtórnych z kiszek, jako też i sposób *Tausini*, bo go trudno wykonać u ludzi.

W końcu dochodzi autor do wniosku, że operacja *Talmy* ma przed sobą większą przyszłość i że jej wyniki o tyle będą lepsze, o ile wcześniej przystąpimy do operacji, nie uważając jej za ultimum refugium.

W. Biehler.

431. Prof. *Lejars*. **O terapii in extremis.** (Sem. méd. № 29. 1903).

Omawiając kwestyę terapii in extremis, autor zaznacza, iż nie myśli bynajmniej o tych przypadkach, w których śmierć jest wynikiem powolnego wyniszczenia organizmu, ostatnim wyrazem cierpienia chronicznego, chodzi mu jedynie o to, jak postępować w przypadkach nagłych: 1) *trauma*, 2) *anemia ostra*, 3) *infekcyje*, które wybuchają podczas pełnego zdrowia. W pierwszym przypadku radzi najbaczniejszą uwagę zwrócić na serce i to ostatnie starać się podtrzymywać. Radzi używać kofeiny, kamforę, przedewszystkiem zaś sztuczne serum, które też daje nam zaraz wskazówki co do prognozy—ta ostatnia jest dobrą, jeśli po kilku godzinach po wstrzyknięciu serum, ciśnienie krwi się podniosło. Tylko po wzmocnieniu serca, zdaniem autora, przystąpić można do opatrzenia rany, wskazanej operacji i t. p. Co do anemii (wskutek nagłego upływu krwi—krwotoku wewnętrznego lub zewnętrznego przy cięży pozamacicznej, *ulcus ventriculi* i t. p.), to autor stanowczo zaleca natychmiastowe wstrzyknięcie do żył serum i to w jaknajwiększej ilości, bez względu na to, jakiego pochodzenia jest anemia.

W infekcyach trzeba walczyć i z sercem i z nerkami i tu nieocenioną jest seroterapia. Co zaś do zabiegów operacyjnych przy wszelkich infekcyach, to, jeśli leczenie miejscowe nie daje żadnych wyników i usunąć trzeba chorą część ciała—należy operacje robić albo zupełnie bez narkozy, albo też narkoza winna być bardzo słaba, gdyż i tu trzeba myśleć o sercu i starać się oszczędzać jego pracę.

Jak widzimy, autor jest wielkim zwolennikiem seroterapii. Trzeba tylko umieć posługiwać się roztworem fizyologicznym soli, wstrzykiwać zaraz dożylnie, powiększać je i używać przez czas dłuższy. Serum powinno być *dobrze*, t. j. nie tylko wyjałowione, lecz izotoniczne

(roztwór soli 0,90 lub 0,92%). Na zakończenie autor radzi nie uciekać się zaraz do środków chemicznych, lecz myśli o tem, by pomódz ustrojowi do obrony drogą naturalną. *Matylda Kobryner.*

432. I. Ridge. **Leczenie ospy gwajakolem.** (La Sem. Méd. № 22. 1903).

Autor leczy ospę smarowaniami gwajakolem, powtarzaniami co 4 godziny. W celu powyższym używa się roztworu gwajakolu w oliwie (Rp. Guajacoli 1,0, olei olivar. 80); smarowania robią się za pomocą pędzelka z waty. Gwajakol wstrzymuje rozwój sprawy chorobowej, sprowadzając przytem szybkie zasychanie krostek, bez przejścia tychże w ropnie. Środek ten wpływa również korzystnie na zmniejszenie ciepłoty i nieprzyjemny odór, rozchodzący się od chorych na ospę.

J. Wojciechowski.

433. **Zastosowanie nalewki jodowej w leczeniu szankra.** (La Sem. Méd. № 25. 1903).

Podług doświadczeń Kirstein'a, czysta nalewka jodowa stanowi środek skuteczniejszy od przypałów kwasem karbolowym celem zniszczenia zarazka szankrowego. Autor smaruje dno szankra za pomocą wacika, napojonego nalewką jodową, i czynność tę powtarza, stosownie do potrzeby, co 24 godziny. Pod wpływem powyższego leczenia powierzchnia owrzodzenia ulega szybkiemu oczyszczeniu się, pokrywa się zdrową ziarniną i zabliźnia, gdy pod wpływem kwasu karbolowego zachowuje długo swój wygląd torpidny. Niezależnie od tego, nalewka jodowa, ze względu na swą własność głębokiego przenikania, dostaje się łatwo we wszystkie zagłębienia owrzodzeń. Nakoniec powyższe smarowania nie sprawiają prawie bólu.

J. Wojciechowski.

434. Martin-Saint-Lament. **Leczenie łojotoku głowy formaliną.** (La Sem. Méd. № 25. 1903).

Autor zaleca roztwór alkaliczny, zawierający 0,50 do 1,0 formaliny na litr wody i od 10 do 20,0 dwuwęglanu sodu, od 2,0 do 5,0 węglanu potasu, lub odpowiednią ilość mydła.

Alkalia i mydło rozpuszczają tłuszcz i oczyszczają skórę, a tym sposobem ułatwiają przenikanie formaliny do tkanek. Można zastosować również zwyczajny roztwór formaliny, należy jednak najpierw zmyć głowę jednym ze wskazanych rozczyznów alkali.

Towarzyszącą niekiedy łojotokowi pryszczyce należy najpierw usunąć za pomocą odpowiednich środków, dopiero później zastosować rozczyzn formaliny.

W łojotokach ostudowych (sebor. pityriasis) zastosowanie formaldehydu dawało również dobre wyniki, z wyjątkiem przypadków zastarzałych, w których cebulki włosowe były głęboko zmienione i włosy zupełnie wypadły (łysiny).

Nakoniec, leczenie formolem okazało się bardzo skutecznym przeciw łojotokowi na częściach skóry nie pokrytych włosami (t. zw. seborrhoea conereta).

Przy stosowaniu formolu nie należy zapominać o wypełnieniu wskazań, wpływających z ogólnego stanu chorych.

J. Wojciechowski.

435. L. Seymour. **Leczenie ospy kwasem karbolowym i chininą.** (La Sem. Méd. № 16. 1903).

Autor podawał do wewnątrz w ospie z bardzo pomyślnym wynikiem kwas karbolowy w połączeniu z chininą, bez miejscowego stosowania środków, w postaci następującej:

Rp. Acidi carbol. puri liq.	gtt. III
Chinini sulphur.	0,20
Acidi sulphur. diluti	gtt. V
Glycerini puri	gtt. X
Aquae dest.	30,0

Dawkę powyższą chorzy powtarzali co 4 godziny.

Pod wpływem podanego leczenia, zastosowanego w okresie występowania grudek, następowało znikanie tychże bez śladu; pęcherzyki przysychały bez zbierania się w nich ropy; w wykwitach zaś krostkowatych (pustulae) sprawa wytwarzania się ropy została wstrzymana.

Zastosowany w swoim czasie środek powyższy zabezpiecza od formowania się blizn ospowych.

J. Wojciechowski.

436. Finsen. **Wyniki fototerapii i technika jej w leczeniu wilka.** (La Sem. Méd. № 26. 1903).

Od listopada 1895 r. do 1-go stycznia 1902 r. w instytucie Finsen'a leczono 804 osób, cierpiących na wilka; 67 opuściło zakład z rozmaitych przyczyn, pozostało się zatem 737, z których 695, a więc 94% zostało wyleczonych lub doznało znacznej poprawy; pomiędzy 412 wyleczeniami, 124 trwa więcej niż dwa lata.

Technika fototerapii ma niezmiernie ważne znaczenie, jeżeli chcemy otrzymać wynik pożądaný; zastosowanie lamp łukowych od 60 do 80 amperów, zamiast przedtem używanych 40 amp. daje możność wyleczenia w czasie trzy razy krótszym od ostatnich. Chorzy leczeni najpierw słabym światłem, później zaś mocnym, wymagali dłuższego leczenia, aniżeli ci, u których odrazu zastosowano światło mocne, a to ze względu na barwnik, wytwarzający się w skórze pod wpływem pierwszych i pochłaniający promienie chemiczne. Aparat o elektrodach żelaznych nie daje promieni przenikających i niepowinien być używany w leczeniu wilka.

J. Wojciechowski.

III. BIBLIOGRAFIA.

Czasopisma polskie w Lipcu, Sierpniu i Wrześniu¹⁾.

1. **Fizjologia.** Nenekki i Podczaski. Kryskopia mleka. G. L. 31.

2. **Patologia i anat. patol. Bakteryologia.** Bossowski. O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego. M. 39. Dzierzgowski. O stosunku własności antytoksycznych krwi do zjawisk ogólnej odporności. G. L. 35. Dominikiewicz. B. lactis aërogenes. Z. 9. Eisenberg. O najnowszych zdob. bakter. w dzied. duru brzuszego. P. L. 27, 28, 29, 30. Halpern. O roczłonkowaniu azotu w moczu. M. 37. Halpern. O albumozuryi doświadczalnej. G. L. 31. Kucharzewski. Badania doświadczalne nad wpływem surowie leczniczych i normalnej końskiej na krew. N. L. 7. Majewski. Przycz. do nauki o precypitynach, hemo- i antychemolizynach. P. L. 30. Piątkowski. Nowa metoda wyosabniania kwasodp. bakteryi. Z. 9. Żurakowski A. O wpływie błękitu met. na rozwój l. okrężnicy. G. L. 29.

3. **Choroby wewnętrzne.** Biegański. O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych. C. L. 7. Fidler. Gruźlica, przyczyny jej powstawania etc. K. L. 16—20. Heiman. Mięsak sieci czy żołądka. P. L. 39. Detkowski. O niezwyklej postaci gryfy. G. L. 31. Klein. O rozp. białaczki. M. 31. Mieczyski. Epidemia tyfusu w Chorzelach. C. L. 8. Orłowski W. Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliczynie. M. 31. Pruszyński. Powstawanie i przebieg spraw zap. dróg żółc. G. L. 36. Sterling. Syfilis nerek. G. L. 27—31. Waserthal. Przyczynek do kazuistyki i etyologii cystynuryi. G. L. 33. Żeleński. Przyczynek do leczenia tężca surowicą. P. L. 37.

Choroby ukł. nerwowego. Bregman. Porażenie urazowe gałęzi głębokiej n. łokciowego. K. L. 18. Rzeczniewski. Podstawy psychofizjologicznej teorii histeryi. K. L. 13—20. Sterling. O ośrodkach mózgowych m. ocznych. G. L. 28—31. Spira. O lokalizacji ośrodków mowy. P. L. 38. Tumpowski. Przypadek płasawicy. M. 36.

4. **Choroby dzieci.** Arnstein. Drgawki u dzieci. G. L. 27, 28. Korybut-Daszkiewicz. Kilka słów o najwcześniejszych objawach przymiotu u dzieci. M. 37.

¹⁾ *Skrócenia:* P. L.—Przegląd Lekarski. P. A.—Polskie Archiwum. G. L.—Gazeta Lekarska. P. Ch.—Przegląd Chirurgiczny. N. L.—Nowiny Lekarskie. K. L.—Kronika Lekarska. M.—Medycyna. Z.—Zdrowie. C. L.—Czasopismo Lekarskie. P. T. L.—Pamięć. Tow. Lek. Kr. L.—Krytyka Lek. P. H.—Przegląd Hygieniczny. P. O.—Przegląd Okulistyczny. G. Ginekologia.

5. **Chirurgia.** Ciechomski. Usunięcie wielkiej torbieli. G. L. 30. Loevy. O jodoform. plombie kostnej Mosevig'a. P. L. 29. Mieczkowski. O sposobach operowania guzów krwawnicowych. N. L. 40. Rydygier L. Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie leczenia wyrostka robaczkowego. G. L. 30. Zembrzuski. Przyp. obustr. zap. ropnego przysznicy po laparotomii. G. L. 39. Zieliński. O ranach postrzałowych. P. L. 36.

5. **Choroby kobiet i położn.** Pietraszkiewicz. O opatrywaniu pępownicy jodyną. C. L. 7. Rosner. W sprawie położonych w naszym kraju. P. L. 28. Rosner. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wycięcia macicy. P. L. 38. Raszkies. Przycz. do kaz. nowotw. pierw. pochwy. M. 32. Stankiewicz Cz. Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych. Gin. 1. Sachs. Przyp. nieus. przeszkody podczas porodu. G. L. 39. Wątopek. Przebieg kliniczny 3 okresu porodu. P. L. 36.

6. **Choroby oczu.** Bochenek. Drogi nerwowe dla odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi. P. O. 6. Finkelkrutt. Choreo-epitelioma. G. L. 38. Noiszewski. Gruczoly i czucie włosowe i gruczolowe w padacze. N. L. 7. 8. Noiszewski. Wrażliwość mimococzna i powiększenie klinowe. P. O. 7. Rumszewicz. O utworach szklitych w komorze przedniej oka. P. O. 8. Rumszewicz. O utworach torbielowatych w okolicy mięska łożowego. P. O. 6. Wicherkiewicz. Pyoktanina z dioniną przeciw ropn. sprawom gałki. P. O. 8. Wicherkiewicz. Przemijająca ślepotą po dioninie u dziecka. P. O. 7.

7. **Choroby, gardła uszu i nosa.** Bernhard. Granulosis rubra nasi. G. L. 37. Dudrewicz K. Przyczynek do leczenia ostrego zapal. ucha środkowego. K. L. 13. Heiman. A. Przycz. do postępowania lek. w ostrych zapal. ucha środkowego. K. L. 13. Heiman. O stosunkach ucha do t. zw. sfery nosopłciowej u kobiet. G. L. 38. Heiman. Przycz. do lecz. ostr. zapal. ucha. M. 34. Pieniążek. Metody wydob. ciał obcych z tchawicy. P. L. 29. 30.

8. **Choroby skóry i weneryczne.** Leeberg. W sprawie leczenia chorób skórnych. M. 34.

9. **Odcinki. Varia.** Brzeziński. O ambulatoryach fabrycznych. C. L. 7. Frenkiel. W sprawie świadectw. Kr. L. 8. Kopczyński St. Lekarze szkolni na prowincyi. C. L. 8. Markiewicz St. Świadcetwa lekarskie. Kr. L. 9. Rzętkowski. O wydawaniu świadectw przez lekarzy. Kr. L. 7. Sterling W. W sprawie pism lek. polsk. Kr. L. 7.

10. **Historia medycyny.** Bieliński. Założenie wydziału lekarsk. w Warszawie. Kr. L. 7. 8.

11. **Medycyna sądowa.** Dehnel. Z kazuistyki sądowo-lek. M. 36. Zarewicz. Kilka uwag o higienie zakł. fryzjerskich. P. H. 9.

12. **Hygiena.** Bier. O dezynfekcyi. P. H. 8. Czarnomski. Określenie twardości wody. Z. 9. Dutkiewicz. Hygiena zawodu aptekarsk. Z. 8. Dominikiewicz. Gąsienice jako pasorzyty ludzi. Z. 9. Heyman. Nowa metoda określania cukru mlecz-

nego. Z. 9. Lachowicz. Wpływ czerwonki na śmiertelność w Austrii. P. H. 7. 8. Lewin. Wyssanie rany przy rytualnem obrzezaniu jako jeden z mom. etyol. gruźlicy Z. 9. Wagner. Jak odróżnić mleko surowe od gotowanego. Z. 9. Wojciechowski. O stosowaniu metody Rothberger'a w celu wykrycia w wodzie lasczek okrężnicy i bakterji gnilnych. Z. 9.

IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 25 maja 1903 r.

I. J. Brudziński przedstawił narządy brzuszne chłopca 13-letniego, u którego za życia na zasadzie długotrwałej obserwacji klinicznej, badania promieniami Roentgen'a—postawiono rozpoznanie nerki wędrującej lewej. Badanie zwłok wykazało: leptomeningitis tbc., pneumonia tbc. nodosa, adhaesio pleurae. Po otwarciu jamy brzusznej w okolicy pępka, leżało ciało, kształtami i wielkością nerkę przypominające—nerki jednak okazały się na zwykłym miejscu, guz zaś ten był naśladującym do złudzenia kształty nerki zlepkiem gruczołów krezkowych, otoczonych wspólną otoczką, obok tego parę mniejszych zserowaciałych gruczołów krezkowych.

II. A. Karzewski opowiedział o „przypadku rezekecy żołądka z powodu raka“, demonstrując preparat anatomiczny guza i żołądka.

III. Krauze przedstawił wyłuszczoną z powodu nowotworu nerkę 63-letniego chorego, który z powodu kaszlu i bólu w brzuchu przyjęty był do szpitala. Badanie drobnowidzowe (Steinhaus) wykazało angiosarcoma.

IV. Fryszman przedstawił 2 szpilki od włosów, tkwiące w kamieniu, które wyjął dziewczynie, skarżącej się na niemożność wstrzymania moczu.

V. Sterling Wł. wypowiedział rzecz o „ośrodkach korowych mięśni ocznych“. Praca była już drukowana.

VI. Korybut-Daszkievicz w swem przemówieniu na temat „Kilka słów w sprawie wyboru mamek“ wyliczył na wstępie najgłówniejsze błędy, popełniane w sprawie, pośredni lub bezpośredni związek z obranym tematem mające: zbyt pośpieszne i nieraz nieusprawiedliwione rzeczywistemi przeciwwskazaniami, wyrokowanie o tem, żeby matka swego niemowlęcia nie karmiła; 2) przecenianie przez wielu z lekarzy wartości sztucznego sposobu żywienia niemowląt; 3) wybieranie mamek ze zbyt młodym pokarmem, 4) wybieranie mamek bez widzenia lub dokładnego zbadania ich dzieci; 5) niedostatecznie dokładne badanie mamek wogóle przed ich zakwalifikowaniem. W drugiej części odczytu mówca opisał szczegółowo schemat badania mamek i ich dzieci, którego trzymać się należy, zastanawiając się nad

niektóremi częściami badania samego, mówił o trudnościach przy zbieraniu wywiadów, określeniu wieku mamki i jej dziecka, przytaczał przeciwwskazania do wyboru mamki, rozbił znaczenie badania pokarmu, i zaznaczywszy ważność bardzo dokładnego i wielostronnego badania mamki i jej dziecka, przyszedł jednakże do wniosku, że najsumienniejsze badanie nie może gwarantować w zupełności trafnego wyboru, a tylko zwiększa szanse jego prawdopodobieństwa. W zakończeniu swego przemówienia postawił następujące wnioski:

- 1) Każda matka powinna karmić sama i tylko lekarz, który winien wyrok swój opierać na istotnych przeciwwskazaniach, może zwalniać ją od tego obowiązku;
- 2) tylko pokarm mamki może zastąpić matczyne;
- 3) żywienie sztuczne—jest tylko malum necessarium,
- 4) mamkę może obierać tylko lekarz;
- 5) nie wolno wybierać mamki, niezbadawszy jej dziecka;
- 6) przed 2-ma miesiącami po porodzie—nie powinno się wybierać mamki (ze względu na niemożność rozpoznania przymiotu wrodzonego u dziecka mamki);
- 7) badanie mamki winno być bardzo szczegółowe i wielostronne i, wreszcie 8) najsumienniejsze zbadanie mamki zwiększa szanse trafnego wyboru, ale go w zupełności nie zapewnia.

K a m i e ń s k i w dłuższym przemówieniu w powodu odczytu D a s z k i e w i c z a uzasadniał ważność karmienia dziecka przez własną matkę, zaznaczył przesadę, praktykowaną obecnie w wynajdywaniu przeciwwskazań do karmienia, i wyraził przekonanie, że jedynie wybitna gruźlica matki powinna być w tym względzie brana w rachubę.

W końcu podkreślił dobitnie społeczną stronę kwestyi mamek, napadał na instytucję kantorów mamek, jako na instytucję niemoralną, opartą na wyzysku, wskazał na olbrzymią śmiertelność dzieci, oddawanych na obcą opiekę i podał dwa rozwiązania kwestyi: albo zastosowanie do mamek t. zw. prawa Roussel'a, opiewającego, że matki nie mogą brać do karmienia dzieci obcych, dopóki ich własne nie liczą 7-u miesięcy, albo też, ażeby „państwo“ brali do siebie mamkę wraz z jej dzieckiem: poszukiwania Pfeifer'a dowiodły, że ilość mleka zawarta w jednej piersi karmiącej wystarcza zwykle dla odżywiania jednego dziecka do 7 miesięcy. „Gdyby nawet przy tym sposobie żywienia dziecka narażonem ono było na pewien brak pokarmu (co jest wątpliwem, bo wiadomo, że ilość pokarmu zależy głównie od częstości pobudzania wydzielania piersi, czyli od częstości ssania), to i tak lepiej dziecko wczesniej dokarmiać, niż żeby miało wchodzić w życie z piętnem mimowolnego zabójcy innego dziecka“.

J. B r u d z i ń s k i wspomina o badaniach, wykazujących, iż pokarm matki nie daje się w zupełności zastąpić pokarmem mamki.

Co do badania mleka przy wyborze mamek B. zgadza się w ogólnych zarysach ze zdaniem D a s z k i e w i c z a, podnosi jednak, że istnieją metody ścisłego badania drobnowidzowego, przy których pomocy można sobie zdać sprawę nie tylko ze stanu emulsyi tłuszczu, ale i obliczyć ilość kulek tłuszczowych (metoda Bouchau). Atoli, z drugiej strony, pamiętać zawsze należy, że reakcja fizyologiczna przewodu pokarmowego niemowlęcia to rzecz nieobliczalna. Na za-

kończenie mówca wypowiada pogląd, że podejrzenie nawet co do gruźlicy u matki czy mamki winno być bezwzględnie przeciwwskazaniem do karmienia, bo choć, jak to widać z badań Escherich'a i innych, do mleka prątki gruźlicze nie przechodzą, jednak przypuszczać można, iż działają tu toksyny.

Prezes Dunin podnosi, że te same warunki, które stawiamy mamce, jeżeli chcemy ją uznać za zdolną do karmienia, powinniśmy stawiać i matece. Matki, dziedzicznie usposobione do gruźlicy, nie powinny karmić. Wogóle pediatrów mniej, widać, zajmuje los matek, co interesuje znów internistów. Pożądanem byłoby udoskonalenie sztucznego odżywiania, które dziś jeszcze dalekiem jest od ideału. Co dotyczy dostarczania mamek, to, zdaniem Dunina, kwestyą tą powinni zająć się lekarze na prowincyi, stworzyć własne przedsiębiorstwo, jak to uczynili lekarze na Morawach.

Korybut-Daszkiewicz w odpowiedzi Kamińskiego między innymi zaznacza, że nie może zgodzić się z jego opinią, jakoby jedynym przeciwwskazaniem do karmienia dla matki była daleko posunięta gruźlica; przeciwwskazań takich jest dużo, a chociażby: brak pokarmu u matki, epilepsya, ropnie w piersiach, najmniejsze nawet podejrzenie gruźlicy i t. d.

Dalej, co dotyczy twierdzenia Kamińskiego, że każda mamka karmić może przez $\frac{1}{2}$ roku dwoje dzieci, Daszkiewicz sądzi, że należałoby zdanie to zmodyfikować w tym kierunku, że „*zdarzają się mamki*, które bez szkody dla siebie i karmionych niemowląt mogłyby po dwoje dzieci do $\frac{1}{2}$ roku karmić“. Projekt Kamińskiego, żeby do czasu ukończenia 6-u miesięcy życia dziecka, w myśl prawa Roussel'a, żadna kobieta nie godziła się w charakterze mamki lub żeby karmiła dwoje dzieci jednocześnie, chociaż z wielce humanitarnych pobudek wypływający, musi się, zdaniem Daszkiewicza rozbić o twardą konieczność życia.

W odpowiedzi Brudzińskiemu Daszkiewicz zaznacza, że chodziło mu o to, ażeby absolutnie kwalifikować w charakterze mamek kobiety z pokarmem młodszym, niż dwumiesięczny, zaś nie ma przeciw kandydatkom ze starszym pokarmem; dalej wspomina o trudności rozstrzygnięcia kwestyi, dlaczego jedno dziecko znosi dobrze pokarm danej mamki, a dla drugiego też sama mamka jest zupełnie nieprzydatna; być może, że chodzi tu o obecność pewnych fermentów w danym pokarmie.

Prezesowi Daszkiewicz odpowiada, że wątpi bardzo, by proponowane kantory mamek na prowincyi, zakładane przez lekarzy, mogły teraz utrzymać się, choćby ze względu na niemożność dla lekarzy wytrzymywania konkurencyi ze strony dzisiejszych posiadaczy tego przemysłu, którzy uważają proceder werbowania mamek za bardzo zbliżony do... handlu żywym towarem. Taka konkurencya mogłaby być hańbiącą dla lekarzy z jednej strony, a z drugiej wobec niemożności waleczenia równą bronia, uczyniłaby ich bezbronnymi.

Bornstein.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1 listopada 1903 r.

—z— **W starej sprawie.** W czasach ostatnich pisma nielekar-
skie zajmowały się bardzo—lekarzami. Powód dało zapisanie się
studentów w mniejszej, niż zwykle, liczbie na wydział lekarski, co jest
naturalnem następstwem tego, o czem już od dawna wiedzą lekarze,
że medycyna chleba dziś dać swym adeptom nie może. A nie może
nie dla tego, żeby wistocie stosunek leczebny lekarzy do ilości miesz-
kańców był tak mały, ale dla przyczyn innych: zbytniej filantropii
w miastach wielkich, szczególnie w Warszawie oraz małemu uspo-
łecznieniu ludności poza większemi miastami. Przyczyny zatem leżą
poza sferą działalności lekarza i usunąć się tak łatwo nie dadzą.

Co się tyczy pierwszego, winniśmy objaśnić, że nie występujemy
bynajmniej przeciw filantropii wogóle i bezpłatnemu leczeniu chorych
niezamożnych, przeciwnie jesteśmy zdania, że pomoc lekarza powinna
być jaknajbardziej dostępna dla wszystkich. Występujemy jednak
przeciw filantropii, która cały ciężar pracy spycha na lekarzy, nie im
za to, lub prawie nie za to nie dając. Oto obrazki:

Dama z pewnem znaczeniem społecznem pisze do lekarza znajo-
mego słodki bilecik z prośbą o odwiedzenie „jej chorego“ niezamo-
żnego i w swoim przekonaniu popelnia czyn szlachetny, zapomina
wszakże o tem, że czyn ten spełnia nie ona, lecz lekarz, który czas
swoj musi poświęcić bezpłatnie, a nadto stracić około 50 kop. na
dorożki. Tanim więc kosztem jest *ona* opiekunką ubogich, spychając
ciężar swych obowiązków na lekarza, ten zaś ostatni weale nie jest
uważany za dobroczyńcę, nikt mu nawet za czas i pieniądze nie po-
dziękuje.

Drugi obrazek. Zakłada się towarzystwo filantropijne w celu
leczenia biednych chorych, czy sądzicie, że organizatorzy myślą o wy-
nagrodzeniu lekarza, który naprawdę będzie ponosił ciężary główne
i głównie działać będzie—nie, bezpłatna działalność lekarza jest głów-
ną podstawą budżetu nowo tworzącej się instytucyi. Jasnie wiel-
możni i wielmożni opiekunowie zbierać będą znów laury społeczne, lekarz
zaś na te laury bezpłatnie pracować będzie.

A inne instytucye? Szpitale, obsługiwane przez kilkudziesięć
lekarzy, przeznaczają na pensye lekarskie, mianowicie lekarza
naczelnego i 3 ordynatorów razem niecałe 2000 rubli. Cały ciężar
tej dobroczynności spada na barki lekarzy, działających li tylko w imię
istotnej miłości bliźniego i ukochanej nauki.

Nie będę więcej mnożył przykładów, nie będę wspominał o wy-
zyskiwaniu pracy lekarskiej na kolejach, w fabrykach, przez znajo-
mych i niezajomych, jak również o dziwnem pojmovaniu publiczności,
czem jest honorarium lekarza—mówiono o tem już wiele—bez skutku,
faktem jest, że gdyby praca lekarzy była wynagradzana skromnie,

bardzo skromnie, nikt nie uskarżał by się na nadmiar lekarzy, przeciwnie znacznie większa liczba utrzymać by się mogła. Chceę, aby t. zw. filantropia nie bagatelizowała pracy lekarza, ale oceniała ją tak, jak na to zasługuje. Nikt nie żąda od nauczycielki, aby czas swój w ochronie oddawała darmo, nikt nie żąda od właściciela domu, aby w swym domu dał instytucji lokal darmo, ci ostatni umieją nawet wyzyskiwać instytucje, ale każdy żąda, aby lekarz pracę swą dawał instytucjom darmo. Dopóki instytucji tych było mało, praca spadała na starszych, z wyrobioną klientelą lekarzy, którzy dla stosunków przyjmowali posady tego rodzaju, dziś lekarzy pracujących bezpłatnie w instytucjach dobroczynnych liczyć można z górą setkę, a pracą ich według obliczeń przedstawia wartość około 100.000 rubli, licząc skromne honoraria za godziny pracy w szpitalach, ambulatoriach i t. p. Sumę tę do tej pory ze swej kieszeni dawali lekarze, ale dawali, dokąd mogli, dokąd na innych polach mogli powetować sobie straty. Reforma dziś jest konieczną, gdyż już braknie amatorów na posady bezpłatne i, powiedzmy szczerze, dopiero wtedy dobrze będzie, gdy ich zabraknie całkiem. Społeczeństwo, które chce uchodzić za dobroczynne, nie powinno znacznej części pracy zwać na barki jednego tylko zawodu.

Tyle co do Warszawy, toż samo dzieje się w Łodzi, toż samo czynią inne miasta.

Zastrzegam się, abym na chwilę hamował działalność społeczną lekarzy. Znamy wszyscy nazwiska tych, którzy chętnie i zawsze gotowi działać na polu dobra społecznego, chceę tylko uchylić rąbek zasłony z dobroczynności, chceę, aby rzekomi filantropi albo wynagradzali pracę, istotnych działaczy, albo nie zasłaniaли istotnych działaczy swemi plecami przed ogółem mało wtajemniczonym.

A prowincya? Obrazki, które w paru ostatnich podaliśmy zeszytach, świadczą wybornie o stosunkach. Znachor, felczer, ksiądz, zacna filantropka ze dworu, aptekarz często—oto konkurenci lekarza. Nic więc dziwnego, że, działając i tylko uczeć, konkurencji wytrzymać nie może i z trudem wielkim zdobywa środki do życia.

Oto są przyczyny, dlaczego w kraju, który, według statystyki, mógł by dać utrzymanie jeszcze kilku tysiącom lekarzy, jest ich nadmiar. Czy prędko i czy wogóle przyczyny te ustaną, nie wiemy, sądzę jednak, że dobrze się dzieje, iż na czas pewien liczba lekarzy się zmniejszy, społeczeństwo bowiem nauczy się może przez ten czas więcej cenić pracę lekarzy i pomyśli o tem, że warto szłonkom swym, którzy dłużej, niż w innych zawodach pracować muszą, którzy życie całe muszą się uczyć, aby zadosyć uczynić powołaniu, zapewnić za tę pracę skromny kawałek chleba, podczas gdy dziś, powiedzmy otwarcie, chleba tego brak wielu, bardzo wielu lekarzom.

Nie chcieliśmy ani mogliśmy wyczerpać całej sprawy, chcieliśmy zwrócić uwagę lekarzy i ogółu na główne pole wyzyskiwania lekarzy. Może się mylimy, może zbyt subiektywnie oceniamy sprawę—nie sądzę. W każdym razie, o ile będą, gotowiśmy uwzględnić i przeciwne głosy. Jeżeliśmy jako pismo lekarskie podnieśli tę sprawę, to w celu uświadomienia lekarzy, jak są wyzyskiwani, wielu bowiem dotąd tego nie odczuwa z wielką dla całego ogółu lekarzy stratą.

—z— **Projekt reformy zarządu szpitali i instytucji dobroczynnych.** Opracowany przez specjalną komisję pod przewodnictwem profesora Kosińskiego projekt materialnego polepszenia stanu szpitali miejskich za pomocą ustanowienia powszechnego podatku szpitalnego na wszystkich mieszkańców m. Warszawy nie uzyskał przychylniej opinii władz decydujących, jako zbyt obciążający ludność.

Ministerium zwróciło uwagę, że zarząd miasta, odpowiednio do swego budżetu rocznego, bierze w porównaniu z innymi miastami państwa zbyt mały udział w utrzymaniu szpitali miejskich; nadto ministerium zaznacza, że projektowanego powszechnego podatku szpitalnego do tej pory nie ustanowiono dla żadnego z miast państwa i Warszawa nie może pod tym względem być na wyjątkowych warunkach.

Z przytoczonych motywów ministerium zwróciło memoryał komisji, polecając odpowiedniej władzy zająć się wyszukaniem innych sposobów rozstrzygnięcia powyższej sprawy. Na mocy udzielonych przez ministerium, wskazówek podniesiono projekt oddania wszystkich szpitali miejskich pod zarząd miasta, nadto wraz ze szpitalami pod zarząd magistratu przeszłyby niektóre instytucje dobroczynne, charakteru wyłącznie miejskiego, jak przytułek w Górze Kalwaryi, przytułek dla sług i wyrobników N. Maryi Panny, oraz inne.

Na utrzymanie szpitali, oraz instytucji dobroczynnych, o ile nie będą mogły utrzymać się z własnych funduszków, magistrat wyznaczać będzie zasiłki ze swych funduszków, wnosząc sumy te do budżetu swego jako wydatek obowiązkowy. Przy magistracie ma być do zarządu szpitalami i instytucjami dobroczynnymi utworzony osobny wydział pod kierunkiem drugiego wice-prezydenta miasta. Poruszono także sprawę utworzenia przy powyższym wydziale magistratu osobnego komitetu, w rodzaju obecnej rady miejskiej dobroczynności publicznej.

Szpital dla umysłowo chorych w Tworkach, jako utrzymywany z ogólnych funduszków Królestwa Polskiego, t. j. z podatku 5 kopiejkowego, ma być oddany pod zawiadywanie warszawskiej gubernialnej rady dobroczynności publicznej.

Pozostaje nie rozstrzygniętą jeszcze sprawa zawiadywania i wypełniania różnego rodzaju zapisów i legatów, uczynionych na cele dobroczynne bez wskazania instytucji i wykonawców wypełnienia woli testatorów.

Podając dziś osnovę tego projektu, wrócimy do niego w numerze następnym Kroniki.

Z M A R L I.

Prof. Włodzimierz Brodowski.

Szerokiem echem wśród całych pokoleń lekarzy odbija się wiadomość, którą otrzymaliśmy przed chwilą, o zgonie ś. p. Włodzimierza Brodowskiego.

W całym kraju naszym rozsiani są wszędzie dawni uczniowie czcigodnego Nieboszczyka, wszyscy zawdzięczają mu tę wiedzę podstawową lekarską, na której oprzeć się muszą w ciągu działalności swej lekarskiej, z prawdziwym przeto żalem piszemy te słowa, z prawdziwą przykrością notujemy fakt, że z niezliczonego już grona dawnych profesorów szkoły Głównej i okresów początkowych uniwersytetu ubył mąż pełen wiedzy, talentu oraz ojcowskiej miłości dla młodzieży.

Przez tyle lat przewodniczył jej na wydziale lekarskim, tyle pokoleń lekarzy wykształcił, że zasłużył sobie nie tylko na wdzięczność swych uczniów, ale i kraju całego.

Tembardziej zaś zasługi jego przez czas dłuższy przetrwają, że obok działalności profesorskiej, imię swe zaznaczył w rocznikach naszej wiedzy zaszczytnie oraz że nie usuwał się od działalności obywatelskiej zarówno w Towarzystwie lekarskim, któremu przewodniczył, i w Towarzystwie dobroczynności, którego przez lat kilka był prezesem.

Pisać oceny naukowej działalności Brodowskiego nie możemy w danej chwili dla braku czasu, podaliśmy ją zresztą w czasie jego jubileuszu. Tu ograniczymy się do określenia wybitniejszych momentów jego życia.

Ś. p. Brodowski urodził się w gub. Mińskiej w 1825 r. z ojca Leona i Maryi z Hornowskich. Uniwersytet ukończył w Moskwie w 1849 roku i zaraz został asystentem przy klinice akuszeryjnej Richtera, w końcu 1849 roku opuścił jednak klinikę i przeniósł się do Brusłowa, gdzie praktykował. Zniwolonony skutkiem choroby do zaprzestania praktyki, w 1855 r. wyjechał zagranicę i tu we Wiedniu, Würzburgu i Paryżu oddawał się studjom nad anatomią patologiczną.

Po krótkim pobycie w Łysiance przeniósł się do Warszawy 1861 roku na stanowisko ordynatora szpitala Ujazdowskiego, gdzie pozostawał od 1861—1869 r.

W r. 1862 mianowany został adjunktem przy katedrze anatomii patologicznej w Akademii Lekarskiej w Warszawie i wykłady rozpoczął 7 lutego, w r. 1863 został profesorem nadzwyczajnym Szkoły Głównej, a w 1864 zwyczajnym i pozostawał na tem stanowisku na uniwersytecie aż do r. 1895.

Przez czas długi, bo lat 18 nadto prof. Brodowski był dziekanem wydziału z wyboru do r. 1890, kiedy stanowisko to z żalem studentów opuścił.

Ś. p. Brodowski prawdziwie umiłował swój przedmiot i umiłowanie to przelewał w swoich słuchaczy. Słusznie postawił go na pierwszym planie studiów lekarskich, słusznie na każdym kroku wykazywał korzyści dla lekarza płynące z zajęcia się tą podstawą medycyny, a że mówił pięknym potocznym językiem, że w wykładzie jego nie było suchego tylko wyliczania faktów, ale dobór treści odpowiadał formie, wykłady jego były uczęszczane chętnie przez słuchaczy.

Poza działalnością na katedrze Brodowski życie niemal całe spędził w prosektorjum i pracowni mikroskopowej.

Skromna to była pracownia aż do r. 1886, kiedy dzięki staraniom Dziekana powstało i prosektorjum odpowiednie i pracownia anatomopatologiczna, która wydała wiele prac cennych. Sam Brodowski napisał prac z górą 120, a wśród uczniów jego mamy nazwiska takie, jak prof. Przewoskiego, Dunina, Dmochowskiego, Janowskiego, prof. Kryńskiego, Kopytowskiego i wielu innych, którzy z pracowni wynieśli umiejętność metod badania, ścisłość rozumowania i zachętę do działalności naukowej.

Już to samo było by wielką zasługą Kierownika, że wykształcił szereg samodzielnych badaczy, każdy z nas jednak, nie zajmujących się specjalnie anatomią patologiczną, ma mu wiele do zawdzięczenia. Student, kończący medycynę, musiał umieć i rozumieć przedmiot doskonale, Brodowski bowiem był bardzo wymagającym, ale sprawiedliwym egzaminatorem. Dzięki jasnym wykładom i wysokiej skali wymagań profesora przedmiot jego słuchacze posiadli dobrze i mogli śmiało z nabytymi na uniwersytecie wiadomościami przystąpić do działalności lekarskiej.

Jako prezes Towarzystwa Brodowski świetnie prowadził dyskusje naukowe, a i potem jako sekretarz stały przyjmował w dyskusjach udział żywy, ciągle kładąc nacisk na badanie umiłowanego przedmiotu.

Niedawno bardzo, jako starzec wyczerpany pracą, zszedł Brodowski z pola działalności i usunął się w zacisze domowe, niedługo cieszył się z dobrze zasłużonego odpoczynku.

W imieniu uczniów zmarłego na świeżej jeszcze mogile składam hołd jego pamięci.

Józef Zawadzki.

— D. 15 z. m. zmarł w Warszawie w 31 r. życia kol. Michał Zaborowski po krótkim, lecz ciężkim zapaleniu nerek.

Zmarły skończył medycynę w Jurjewie, poczem osiadł na stałe w Warszawie. W ciągu pierwszych lat praktyki był asystentem na klinice prof. Kosińskiego oraz jednocześnie od pierwszych chwil założenia Pogotowia ratunkowego do chwili śmierci pełnił obowiązki lekarza dyżurnego. Młody kolega w ciągu krótkiego swego życia umiał zaskarbić sobie sympatyę wśród kolegów, których liczny zastęp

odprowadził zwłoki d. 19 z. m. na cmentarz Powązkowski, zasypawszy trumnę zmarłego kwieciami.

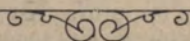
Szkoda młodego i pełnego nadziei życia! J. Z.

— D-r Seweryn Zaleski, b. lekarz naczelny szpitala Ś-go Ducha, dnia 28 października w Warszawie w wieku lat 77.

— D-r Adam Gliszczyński b. adjunkt i profesor nadzwyczajny ginekologii w Szkole Głównej zmarł d. 29/X r. b. w Warszawie.

Zmarły ur. się w 1830 r. w Poznańskim, uniwersytet skończył w r. 1852 we Wrocławiu. W r. 1858 został mianowany ordynatorem szpitala D-ka Jezus, a w 1861 objął obowiązki adjunkta; w roku 1864—1869 był prof. ginekologii.

Zmarły pozostawił po sobie kilkadziesiąt prac naukowych. Spis tych prac znajdzie czytelnik w słowniku lekarzy. Zmarły cieszył się w swoim czasie rozległą praktyką akuszerystką i kobiecą.



BIBLIOTEKA LEKARSKA.

Wyszły z druku:

I. Prof. G. Dieulafoy. Podręcznik chorób wewnętrznych, t. I. Cena rb. 4.

II. Prof. Runge. Położnictwo, cz. I. Cena rb. 2 k. 50.

III. Prof. Landerer. Dyagnostyka chirurgiczna ogólna. Cena rb. 1 k. 20.

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

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

Дозволено Ценаурою. Варшава 21 Октября 1903 г.