

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: Od Redakcyi i wydawców—str. 961. **Prace oryginalne.** I. D-r L. Rzeźniowski. Podstawy psycho-fizyologicznej teorii hysterii (dokończ.)—str. 963. II. D-r H. Fidler. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (dokończ.) str. 974.

III. Dział sprawozdawczy. I. *Chirurgia.* 467. Sasse. Przyczynę do połączonej brzuszno-krzyżowej, kroczonej lub pochwowej metody operowania umiejscowionych wysoko raków jelita stolcowego lub dolnej części okrężnicy—str. 989. 468. *Diterychs.* Uwagi nad przyczyną objawów, zależnych od oparzeń rozległych, oraz nad leczeniem takowych—str. 991. II. *Choroby kobiet i akuszerya.* 469. Müller. O pochodzeniu eklampsy—str. 993. 470. *Blumreich i Zuntz.* Badania doświadczalne i krytyczne nad patogenezą eklampsy—str. 994. 471. *Schmorl.* Przyczynę do nauki o eklampsy—str. 995. III. *Wiadomości pomniejsze.* Od N-ru 472—480—str. 996. IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 998. *Kronika bieżąca*—str. 1001. *Zmarli*—str. 1007. *Ogłoszenia. Spis rzeczy.*

Sommaire du Nr. 24. I. D-r L. Rzeźniowski. Sur la théorie psycho-physiologique de l'hysterie—p. 961. II. 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. 974.

Od Redakcyi i wydawców.

W roku przyszłym upłynie 25 lat od chwili wyjścia pierwszego zeszytu naszego pisma.

W ciągu ubiegłych lat 24 staraliśmy się zawsze pracować uczciwie na polu nauki lekarskiej i wzbogacać piśmiennictwo nasze zdrowymi ziarnami, zwracając zawsze uwagę na czystość języka, który przekazać następcom jest naszym bezwzględny obowiązekiem.

Nie zamierzamy tu kreślić historii naszego pisma, uczynimy to w r. p. dziś tylko zaznaczymy, że pismo nasze zawsze skupiało około

siebie siły młode, wybitne, które w dalszej swej działalności nie zawiadły nadziei.

Z łamów pisma naszego przemawiali tylko ci, których ożywiała zawsze miłość szczerą dla nauki, uczucia obywatelskie i cześć głęboka dla piśmiennictwa ojezystego.

Pismo nasze, acz sprawozdawcze w zasadzie, umieściło w ciągu 24 lat swego istnienia cały szereg prac oryginalnych, wnoszących często do nauki nowe przyczynki. Pozatem staraliśmy się, o ile możliwość starczyła, stać na wysokości wiedzy spóczesnej i informować czytelników o ruchu naukowym po za granicami kraju naszego.

Nie odwracaliśmy też oczu od spraw społeczno-lekarskich, owszem pilną na nie zwracaliśmy uwagę, niektóre z poruszonych przez nas projektów zdołaliśmy wprowadzić w życie, że wspomnimy o kasie lekarzy pożyczkowo-oszczędnościowej i pogrzebowej, a jeżeli artykuły w tym dziale nie zawsze chwaliły, ale brzmiały niekiedy oburzeniem lub skargą, zawsze jednak owiane były poczuciem godności naszego stanu i przekonaniem o słuszności sprawy bronionej.

To też wkraczając w 25 lecie naszej działalności z pewnego rodzaju dumą spojrzeć możemy po za siebie i z otuchą przed siebie. Działalność przeszłą oceni historia, a oceniać będzie nie według osobistych uprzedzeń, ale bezstronnie, czas bowiem wygładza różnice zdań i poglądów i niweluje wiele pojęć. Z ufnością spoglądamy w przyszłość, która może łatwiejsze dać pole do pracy na niwie naukowej. W każdym zaś razie w najbliższej przyszłości trzymać się będziemy programu dotychczasowego i iść w ściśle określonym kierunku.

Kronikę Lekarską i nadal wydawać będziemy w tym samym zakresie, mając nadzieję, że dawni nasi czytelnicy, rzuciwszy okiem wstecz dokładnie znają nasz program, nowi zaś zechcą uwierzyć nam, że pracujemy bez żadnych korzyści materialnych jedynie tylko w tym celu, aby piśmiennictwo lekarskie polskie utrzymać na poziomie spóczesnej nauki i prace poprzedników przekazać następcom.

W roku jubileuszowym postaraliśmy się o **premium dla stałych naszych przedpłacicieli**. Wszyscy ci, którzy opłacą *Kronikę Lekarską* za cały rok przed 1 lipca 1904 roku, otrzymają w końcu roku dzieło docenta Wszechnicy lwowskiej d-ra M. W. Moraczewskiego p. n. „**Podręcznik do badań chemiczno-klinicznych (badanie śliny, soku żołądkowego, kału, moczu, krwi i narządów ustroju) bezpłatnie**”. Ci, którzy wniosą opłatę po tym terminie nabywać będą mogli dzieło za cenę zniżoną.

W ten sposób zamierzamy święcić rok jubileuszowy, sądzymy, że sposób to najlepszy—obdarzenia czytelników pisma pamiątką trwałą roku jubileuszowego.

Z nadzieją, że czytelnicy nasi ocenią skromne nasze usiłowania, wkraczamy w nowy rok ciężkiej i zmuonej pracy.



I. PODSTAWY PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORII HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego
szkoły Salpêtrière.

Napisał

L. Rzezniewski.

(Dokończenie).

7. Znaczenie rozpoznawcze formuły psychologicznej histeryi.

Formuła psychologiczna histeryi ma służyć również za podstawę do rozpoznania histeryi w klinice t. j. do odróżnienia na ściślejszej podstawie naukowej jej objawów wśród chaotycznej masy mniej więcej pokrewnych zaburzeń czynnościowych umysłu obejmowanych zbyt dowolnie dotychczas nazwami histeryi, neurastenii a poprawniej psychastenii¹⁾, epilepsyi, zwyrodnienia psychicznego i t. p.

¹⁾ Na podstawie badań psychologicznych dokonywanych w laboratorium psychologicznem w Salpêtrière pod dyrekcją P. Janet'a a także na podstawie jednostajnego przebiegu klinicznego połączono w ostatnich czasach w jedną wielką psychonerwicę nazwaną *psychastenią* dawniejszą folie du doute i délire du toucher oraz dawniejsze monomanie czyli cząstkowe zaburzenie intelektualne, występujące pod postacią wyobrażeń mimowolnych, natrętnych na tle zachowanej świadomości (obsessions. Zwangsvorstellungen) wraz z towarzyszącymi zaburzeniami wzruszeniowemi pod postacią natrętnych również obaw patologicznych (phobiae) oraz niepokojów (anxietates), do których dołączono jeszcze w Salpêtrière objawy ruchowe pod postacią impulsów, ataków ruchowych (agitations motrices) lub mimowolnych choć na polu inteligentnych ruchów (tics mentals), słowem

Co do podobieństw i różnic między histeryą a psychastenią.
Abulia aprosexia i wzruszeniowość są wspólne histeryi i psychastenii. Można nawet twierdzić, że znaczna liczba chorych jest równocześnie histerykami i psychastenikami. Wielu bowiem histeryków wa natrętne wyobrażenia (obsessio), podlega patologicznym popędom (impulsio) i cierpi na obawy usystematyzowane (phobiae) co już w 1890 r. zaznaczył Colin¹⁾.

Odwrotnie znów psychastenicy mogą mieć niekiedy mniej więcej wyraźnie anestezye, przejściowe choćby amnezye oraz akty podświadome, zatem objawy właściwe raczej histeryi. Między głównymi objawami histeryi a psychastenii możnaby nawet przeprowadzić porównanie na podstawie mniej więcej jednakowego mechanizmu psychologicznego, na mocy którego objawy powstają, a który polegać będzie na osłabieniu syntezy osobowościowej i wyemancypowaniu zjawisk automatycznych, czyli na pewnym stopniu zwężenia pola świadomości osobistej.

ogół psychopatologicznych objawów obejmowanych ogólną nazwą agitations forcées (P. Janet) lub Zwangsvorgänge (Thomson). Do tych objawów psychicznych należy jeszcze dołączyć zaburzenia fizyologiczne ze strony ośrodków nerwowych takie jak zakłócenia snu, bóle i szczególnie sensacje głowy lub kręgosłupa, zaburzenia trawienia i odżywiania, zaburzenia funkcji płciowych i moczowych, krążenia, naczynioruchowe i wydzielnicze.

Podstawą jedności psychologicznej tych pozornie tak różnorodnych objawów jest wspólne tło, które Janet tłumaczy psychologicznie jako obniżenie niżej względnej normy ogólnego napięcia psychologicznego, co zrazu wyrażać się może jedynie w pewnych zaburzeniach fizyologicznych i stanie ogólnej depressyi (neurasthenia simplex), z czasem jednak dosięga wyższych psychologicznych funkcji uwagi, woli, percepcyi bieżących, uczucia i wzruszeń w ich przystosowaniach do odczuwania rzeczywistości świata zewnętrznego i odbija się na samopoczuciu własnej niekompletności psychicznej, tem wyraźniejszem im osobnik zachował bardziej nietkniętą swą inteligencyę. Z takiego stanu powstają objawy t. zw. derywacyi psychologicznej t. j. mniej więcej peryodyczne napady psycholepsyi polegające na fobiach, niepokojach, agitacjach ruchowych oraz wyobrażeniach natrętnych. Wszystko to razem tworzy obraz *psychastenii* lub o ile kto woli neurastenii wyższego stopnia.

Klinicznie syndrom powyższy cechują wspólne patogenetyczne czynniki, rozwój, przewlekły zazwyczaj przebieg, oraz najczęstsze naturalne zejście w t. zw. inercyą moralną i wycofanie się dobrowolne chorego osobnika z warunków życia socyalnego.

Interesujących się przedmiotem odsyłamy do dzieła Janet'a: Les obsessions et la psychasthenie. Paris 1903 r. 2 tomy.

1) Colin. L'état mental des hystériques 1890 r.

Tak np. anestezji historycznej zdaje się odpowiadać roztargnieniu psychasteników oraz błędy ich czucia.

Amnezji—wieczna wątpliwość, porażeniom historycznym—niepewność i chwiejność ruchów dowolnych oraz brak decyzji w aktach.

Kontrakturom—wyobrażenia natrętne psychasteniczne.

Atakom drgawek—napady rminacyi wyobrażeń, lub phobieae i napady niepokoju (auxietas).

Somnambulizmowi—okresy, w których psychastenik nie poznaje dokładnie siebie, czuje osobowość swą jakby zmienioną (zaburzenia coenestezji) lub nawet rozdwojoną.

Z powyższego wynika, że obie choroby: histerya i psychastenia mają cechy analogiczne, a nawet za pomocą sztucznych modyfikacji świadomości przez hypnozę udaje się niekiedy przeobrazić wyobrażenia podświadome historyków w wyobrażenia świadome mające wszelkie cechy wyobrażeń natrętnych psychastenicznych co sprawdzitem doświadczalnie ja i niezależnie odemnie P. Janet.

Na tej też zasadzie obok poglądu, który psychastenię poczytuje ogólnie za wyższy stopień neurastenii, a którege zwolennikami są Kraepelin, Krafft-Ebing, Wéstphal, Morselli, Fér i inni, możnaby skłaniać się do przypuszczenia, że niekiedy i histerya i psychastenia mają wspólne głębsze źródło w zwyrodnieniu konstytucjonalnem (Legrain, Thabaraud, Rubinowicz, P. Janet i ja).

Porównywać nie znaczy jeszcze utożsamiać.

Między histeryą a psychastenią istnieją zbyt wydatne różnice powstające stąd, że postać niemocy wyższej psychologicznej syntezy w obu tych stanach chorobliwych jest odmienna. Zanim ją określimy przypatrzmy się teraz różnicom objawów.

Histeryę charakteryzuje zupełne powstrzymanie pewnych objawów a jednocześnie w odwrotnie proporecyonalnym stosunku egzageracya innych.

Histeryk nie mogąc zsyntetyzować w swej jaźni większej naraz ilości zjawisk, rzeka się zwykle całkowicie zjawisk niezsyntetyzowanych. Te ostatnie separując się wyraźniej mogą istnieć i rozwijać się bez udziału nie tylko woli ale i wiedzy osobnika. Stąd anestezya w histeryi jest wyraźną a amnezya może być absolutną. Zdarzyć się więc może w histeryi, że pewne patologiczne objawy czuciowe lub ruchowe, którym świadomość zwykła tych chorych asystuje, odbywają się niekiedy pozornie bez związku z wyobrazeniami lub wzruszeniami chorego bieżącemi i sam chory może się łudzić, że mają one przyczynę fizyczną, jakeśmy to wielokrotnie powtarzali, a dopiero w zmodyfiko-

wanym sztucznie stanie świadomości chory uświadamia sobie ich przyczyny moralne.

W psychastenii nie bywa dezagregacji psychologicznej w tym stopniu. Mniejsza niemoc syntezy pozwala na mniejszy tylko stopień rozwoju zjawisk.

W psychastenii niema przecież ani anestezji ani amnezji tak wyraźnej jak w histeryi. Ich miejsce zastępuje proste roztargnienie oraz wieczna wątpliwość. Zamiast przerzucania się z jednego wyobrażenia w drugie, co w wysokich stopniach suggestywności histerycznej występuje nagle, psychastenik waha się między różnorodnymi wyobrażeniami. Jego wyobrażenia natrętne nie są ani całkiem podświadome ani też jak utrzymuje P. Janet całkowicie świadome. Dlatego też psychastenik stale nie jest w stanie objaśnić nam skąd powstały jego wyobrażenia natrętne (początek endogène), z drugiej zaś strony te jego wyobrażenia są o tyle świadome, że mieszając się ustawicznie z prądem myśli zwykłej powodują jej zaburzenia daleko bardziej dokuczliwe dla samego chorego niż w histeryi. To też psychastenik w stanie swej świadomości zwykłej jest zazwyczaj daleko więcej zaniepokojony niż histeryk, nigdy zaś nie przedstawia klasycznego indyferentyzmu prawdziwego histeryka, w okresach znacznie rozwiniętej histeryi. Jeśli dezagregacja dosięgnie w wyższym stopniu osobowości to psychastenik będzie ją odczuwał również dotkliwiej niż histeryk, u którego patologiczny rozwój zjawisk poza kontrolą osobowości może być większy, lecz za to separacja ich od świadomości zwykłej jest głębsza.

O ile zjawiska negatywne w histeryi mogą przedstawiać istotne luki w świadomości jեսnej, o tyle zjawiska pozytywne (drgawki, kontraktury, popędy, halucynacje etc.) zdają się skupiać na sobie całą zaoszczędzoną energię. I właśnie ta lokalizacja energii na pewnych zjawiskach charakteryzuje typową histeryę. Histeryk gotów realizować swe popędowe wyobrażenia niekiedy fatalistycznie i tak łatwo, że wystarcza mu inspirować wyobrażenie odpowiednie, aby je natychmiast przeobraził w akt. Rozwija on również automatycznie swe wyobrażenia aż do zupełnej halucynacji, od czego zależy jego wiara w nie.

Jako przeciwieństwo krańcowości zjawisk w histeryi, w psychastenii panuje *niezupełność* we wszystkich objawach. Jeśli natrętne wyobrażenia są popędowe, to popędy te zazwyczaj pozostają rudymenarne i w psychastenii niepowikłanej nie realizują się.

Zamiast halucynacji istnieją zazwyczaj tylko pseudohalucynacje, którym w rzeczywistości sam chory nie wierzy. O treści tych na-

trętnych wyobrażeń on sam wciąż wątpi i pożąda ustawicznie upewnienia się. Uspokaja go ono na krótko, poczem pożąda go znowu i t. d. Są w psychastenii okresy agitacyi i okresy względnego spokoju, lecz nie bywa ataków drgawkowych ani somnambulizmu, a ruminacye wyobrażeń nie powodują amnezyi. Słowem chorzy ci nie mają podświadomości w tym stopniu jak historycy.

Z powodu osłabienia napięcia wyższych psychologicznych funkcyj, niższe (wyobrażenia, afekty) ekzagerują się do pewnego stopnia i mogą dać powód do zaburzeń ruchowych, tic'ów, obaw, niepokojów i wyobrażeń natrętnych. Wyobrażenia te jednak mogą trwać bardzo długo na jednym stopniu rozwoju, nie dawać powodu do delirium a polegać na rozpaczliwie monotonnem przeżywaniu jednych wyobrażeń.

Otóż, wymienione różnice w manifestacyach klinicznych histeryi i psychastenii pochodzą stąd, że podstawowa niemoc psychiczna polega w histeryi na słabości syntezy osobowości owej, zwężeniu pola świadomości i skupieniu na wyemancypowanych objawach energii.

W psychastenii zaś typowej i czystej brakuje zwężenia pola świadomości, słabość psychiczna polega na ogólnem obniżeniu napięcia psychicznego, na prostem jego zmniejszeniu rozlanem mniej więcej równomiernie.

Według określenia P. Janet'a redukcya świadomości w histeryi ma miejsce w stosunku geometrycznym, redukuje liczbę funkcji zachowanych; w psychastenii zaś w stosunku dynamicznym, redukuje siłę oraz perfekcyę wszystkich wogóle zjawisk psychicznych.

Co do rozpoznania różniczkowego między histeryą a epilepsyą. Winniśmy zaznaczyć, że mechanizm psychologiczny tej ostatniej zdaje się być więcej zbliżonym do psychastenii niż do histeryi. Zwrócił już na to uwagę w 1896 r. Mickle¹⁾, a P. Janet w ostatniem swem dziele uzasadnia bliżej pogląd, według którego różnica między epilepsyą a psychastenią polega tylko na proporcjach. W napadzie epilepsyi spadek napięcia psychicznego jest gwałtowny, głęboki lecz krótkotrwały, w psychastenii zaś mniej nagły, nie głęboki lecz za to przewlekły. Po napadzie padaczki napięcie psychiczne wyrównywa się o tyle, że chory może nie doświadczać samopoczucia niedostateczności psychicznej jak w psychastenii i czuć się może mniej więcej normalnym. Skoro jednak jak to miewa miejsce niekiedy w epilepsyi spadek napięcia będzie mniejszy a dłużej trwały wtedy zamiast napadu

¹⁾ J. Mickle. Mental besetments or obsessions. Mental Science. 1896 r.

drgawek pojawić się mogą delirya epileptyczne bardzo zbliżone do stanów psychastenicznych.

Niektóre charakteryzuje poczucie niekompletności, wątplenie o realności tak własnej osoby jak świata zewnętrznego.

Dotychczas siłą się niektórzy nad wynalezieniem cech odróżniających napad drgawek epileptycznych od ataku drgawek histerycznych. W rzeczywistości, jeśli chodzi o cechy samego deliryum mięśniowego, jak napad drgawek określał Moreau de Tours różnica może nie być uchwytna.

Różnica zaznacza się dopiero wyraźniej w dalszej ewolucji napadu. W ogóle drgawki w epilepsji występują pod postacią ruchów bardziej elementarną niż w psychastenicznych napadach ruchowych, a tem więcej niż w histeryi, w której odruchy psychologiczne nabierają charakteru bardziej inteligentnego jako ruchy w związku z wzruszeniami resp. wyobrażeniami podświadomymi.

Jules Voisin¹⁾ kładł nacisk na charakter nieskoordynowany, popędowy, nierozsądny lub występny aktów epileptyków.

Z powodu pozornego podobieństwa t. zw. fug, czyli automatyzmu ambulatoryjnego epileptyków i histeryków (u których jest on napadem somnambulizmu) Babiński²⁾ w nowszych czasach w lekcji klinicznej tak się wyraża: „skoro napady automatyzmu są krótkotrwałe, skoro podczas fug-akty, mowa i ogólne zachowanie się zdradzają stan patologiczny, chory dotknięty jest padaczką nie zaś histeryą. Chory, który wybiega gnany impulsem bezwiednym, który zdolny jest popełnić czyn nie koniecznie kryminalny lecz choćby rażąco niekonwencyonalny jest epileptykiem.

Najważniejszym jednak kryterium w rozpoznaniu różniczkowym stanowi możliwość wprowadzenia histeryka w somnambulizm hypnotyczny, w którym będzie on w stanie objaśnić nas szczegółowo o tem co robił podczas swego automatyzmu spontanicznego i dostarczy nam zarazem sposobności do sprawdzenia wierności jego wspomnień³⁾.

W rozdziale o amnezyi histerycznej wspominaliśmy o nierzadkich stosunkowo, krótkich napadach amnezyi, które mogą symulować petit mal epileptyczne. Odróżnienie natury takich napadów może się obecnie opierać na doświadczeniu hypnotycznym. Nie trzeba też za-

¹⁾ Jules Voisin. Distinction de l'automatisme hysterique et de l'automatisme epileptique. Congrès de medecine mentale. 1899 r.

²⁾ Babiński. Automatisme ambuloire et somnambulisme hypnotique. Revue de l'hypnotisme № 3. 1899 r.

³⁾ Są jeszcze fugi psychasteników, w których niema amnezyi.

pominać, że amnezja histeryczna jest odmiennej natury niż epileptyczna. Ta ostatnia prowadzi do demencji a ciągle jest częstokroć objawem już istniejącej demencji, wówczas gdy amnezja histeryczna polega na wymknięciu się wspomnień poza sferę świadomości osobistej.

Z powodu podanej formuły psychologicznej histeryi, która jest zarazem formułą suggestywności, może wytworzyć się wątpliwość, czy formuła ta nie jest dla pojęcia histeryi za obszerną, suggestywność bowiem patologiczna, którą się tu zajmujemy, spotyka się i poza właściwą histeryą. I mamy tu na myśli *suggestywność* pochodzenia *toksycznego i infekcyjnego*.

Wiele trucizn: haszysz, chloroform, przedewszystkiem zaś, jak ogólnie, wiadomo alkohol wytwarzają suggestywność. Według moich spostrzeżeń, suggestywnymi okazują się dość często gorączkujący tuberkulicy. Prof. Régis z Bordeaux opisał t. zw. delirium oniricum rozwijające się na infekcyjnej podstawie po tyfusie a całkiem analogiczne z somnambulizmem histerycznym. Suggestywność w delirium alcoholicum jest powszechnie znana. Amnezja wklajająca polineuritis alcoholica opisana przez Korsakowa przypomina pod względem swej natury amnezję histeryczną.

Czegoż to ma dowodzić? Zdaniem naszym w każdym przypadku w którym po wykluczeniu zmian materyalnych głębszych jakiej intoksykacja lub infekcja spowodzić mogą w ośrodkach lub nerwach obwodowych, jeśli zboczenie chorobliwe występuje pod postacią kliniczną analogiczną z histeryą, mamy prawo twierdzić, że zboczenie to ma za podstawę takąż samą dezagregację psychologiczną jak histerya. Rozumie się, że ani delirium alcoholicum ani delirium oniricum nie nazwiemy histeryą z tej racyi, że nazwą tą oznaczamy chorobę o przebiegu przewlekłym. Taż sama jednak intoksykacja np. alkoholowa, taż sama infekcja np. tyfusowa, influenzyowa lub tuberkuliczna mogą nam dać nie tylko delirium o przebiegu mniej więcej ostrym lecz stany psychopatologiczne o przebiegu przewlekłym, w których obok suggestywności odnajdujemy niekiedy i znamiona, słowem—histeryę.

Jest to, zdaje się sprawa już dziś przesądzona, że nie tylko pewne intoksykacje i infekcje, lecz wogóle choroby przewlekłe, osłabiające, anemizujące, podobnież shoki nerwowe bądź urazowe, do liczby których można zaliczyć i choroby organiczne ośrodków nerwowych, bądź shoki moralne, zwłaszcza jeżeli działają nagle i silnie lub następują w szeregu jeden za drugim, mogą u osobników usposobionych okazać się czynnikami wywołującymi histeryę (agents provocateurs).

Jest to kwestya dowolna na co który z badaczów kładzie większy nacisk, czy na przyczyny wywołujące, czy na mechanizm choroby.

Stosownie do tego co jedni nazywać będą poprostu histeryą lub psychastenią, drudzy nazywać mogą nerwicą toksyczną, infekcyjną, z przestrachu, urazową i t. p. Rzecz główna w tem, że najpospolitszą podstawą wszystkich wymienionych nerwic jest niemoc umysłu ze zwięzieniem pola świadomości i specjalną dezagregacją, lub też proste obniżenie stopnia normalnego napięcia psychicznego.

Co się tycze częstszego występowania histeryi w pewnych okresach życia, np. w okresie dojrzałości płciowej, to Janet upatruje moment usposabiający nietylko w modyfikacjach fizyologicznych zachodzących w ustroju, lecz jeszcze w tem moralnej natury przeciążeniu, którego powodem jest narzucenie się umysłowi w okresie przejściowym od dzieciństwa do dojrzałości tych licznych i często skomplikowanych zadań i potrzeb życiowych, z którymi mniej z natury odporny umysł poradzić sobie może, które potęgują wzruszeniowość i ostatecznie sprowadzić mogą tę lub ową postać niemocy psychologicznej.

Faktem jest, że suggestyjność i podatność na hypnozę w ich ściślejszem psychologicznem rozumieniu spotyka się w psychastenii tylko w jej postaciach mieszanych z histeryą i ta komplikacya okazuje się raczej dla psychastenika korzystną pozwala bowiem niekiedy działać wprost modyfikująco do pewnego przynajmniej stonia na natrętne wyobrażenia lub wzruszenia tych chorych.

Wreszcie nastęrczyć się może pytanie jaki stopień uogólnienia przyznać należy powyższej formule psychologicznej w zakresie samej histeryi, ze względu, że są histerycy, na których doświadczenia za pomocą suggestyi i hypnotyzmu udają się zaledwie częściowo lub nie dają wyników wyraźnych. Niektórzy autorowie np. Babiński przyczynę tego zjawiska składają w całości na nieprzyjazne wpływy zewnętrzne i twierdzą, że każdy bez wyjątku histeryk umieszczony w odpowiednich warunkach okaże się podległy hypnozie i wpływowi suggestyi. Nie możemy tu wdawać się w szczegółowy rozbiór tej kwestyi. Zdaje się być wszakże niewątpliwem, że trudności przeniknięcia głębiej sztucznie w psyche chorego zależą od tysiącznych odmian indywidualnych w ustosunkowaniu wzajemnem wymienionych powyżej znamion psychologicznych histeryi.

Jedną z głównych przeszkód rzekomo łatwej sztucznej zmienności wyobrażeń resp. wzruszeń histeryków, jak o tem była mowa w rozdziale o suggestyjności, jest powstawanie układów psychofizyologicznych izolowanych rozwijających się automatycznie poza resztą

świadomości na koszt układów normalnych, a odpowiadających mniej lub więcej ustalonym na gruncie histerycznym wyobrażeniom lub wzruszeniom (*idées fixes* i *émotions persistantes* według nomenklatury P. Janet'a). Powinno to w każdym razie wpłynąć na sprostowanie zbyt uogólnionego mniemania, że histerya odznacza się zawsze łatwą zmiennością wyobrażeń lub wzruszeń.

Jako przeciwieństwo spotykamy istotnie pewną kategorię histeryków na stopniu łatwej zmienności przez czas krótszy lub dłuższy. O tych wyrazić się można, że żadne wzruszenie lub wyobrażenie nawet elementarne nie jest u nich głębiej izolowane od sfery świadomości osobistej. Tacy chorzy nie wykazują nawet anestezji o granicach stałych. Na pierwszy plan wysuwa się u nich stan ustawicznego roztargnienia, nie zaś amnezja, to też mimo sugestyjności nie jest w stanie ustalić się u nich żadne wyobrażenie, w tym stopniu aby dać mogło powód do stałszych objawów.

U innych, mimo, że wyobrażenia objawotwórcze zdają się być świadome, na pierwszy plan wysuwa się podobnie jak w psychastenii niemoc dowolnego wysiłku w celu ich opanowania. Od postaci reagowania reszty świadomości, od stopnia walki z nimi i zaniepokojenia ich następstwami lub też poddania się im i mniejszego lub większego indyferentyzmu zależy różnica wyobrażeń objawotwórczych natury histerycznej od obsesyji psychastenicznych, czem specjalnie zajmował się P. Janet. Częstokroć jednak w tych razach okazuje się dopiero rozstrzygającym doświadczenie hipnotyczne. Nawet przy braku anestezji okazuje się, że niektórzy osobnicy mniej więcej łatwo ulegają hipnozie, gdy inni (psychastenicy) nie poddają się zazwyczaj hipnozie ani sugestji.

Żdarzają się też wyraźne przypadki mieszane. Mimo istnienia zlokalizowanej anestezji, mimo, że ta lub owa reakcja fizyologiczna jest niewątpliwie histeryczną, niepodobna dociec jakie wyobrażenia lub wzruszenia są w stosunku do innych przypadłości objawotwórcze lub wtórne. Przytem i przypadłości i wyobrażenia—pozostają przez długi czas na jednym stopniu rozwoju. Preokupacja najczęściej hypochondryczna ze strony chorego może być znaczną, zdarzają się nawet napady obaw usystematyzowanych co wszystko dowodzi braku głębszego rozdziału świadomości. Takie przypadki hysteropsychastenii są u nas bardzo pospolite.

Są znów przypadki, w których histerya jest mono-symptomatyczną tak fizycznie jak moralnie. Pod wpływem czynników różnorodnych tak zewnętrznych jak wewnętrznych wymanecypował się jakiś pojedynczy układ z pod wpływu reakcji osobistej. Przypadki takie mogą nawet nie zdradzać jakiejś ogólniejszej abulii, nie mniej

przeło rozdział świadomości jakkolwiek w ograniczonym zakresie może być głęboki (amnezja), trudno jest dotrzeć doświadczalnie do pierwotnego objawotwórczego wyobrażenia lub wzruszenia i objaw może z trudnością poddawać się leczeniu. Są odwrotnie inne przypadki, w których istnieje wprawdzie rozdział świadomości wyraźnie, ale jest raczej powierzchowny niż głęboki. Wyobrażenia lub wzruszenia chorobotwórcze uległy znacznemu rozwojowi i w stosunku do tego manifestują się w licznych objawach rozwiniętej histeryi. Mimo to chory kosztem stosunkowo nieznacznego wysiłku zwłaszcza jeśli go w tym kierunku pobudzamy, jest w stanie wyobrażenia te lub wzruszenia wciągnąć napowrót w sferę świadomości osobistej. I rzecz godna uwagi, że w takich razach zwykle ataki i wszelkie inne przypadłości choroby równocześnie ustępują.

Niepodobna nam tu wyliczyć wszelkich indywidualnych odmian histeryi. Ogólnie jednak powiedzieć można, że na podstawie względnej odporności niektórych przypadków na sztuczne modyfikacje nie mamy prawa wytwarzać z nich osobnej grupy nozologicznej opartej na odmiennych podstawach niż podane wyżej podstawy psychofizjologiczne.

W każdym bowiem ze wspomnianych przypadków odnaleść można rozkład anestezyi intelektualny, indyferentyzm lub wreszcie podległość modyfikacyom pod wpływem czynników zdolnych wywołać wzruszenia.

Streszczona przez nas w toku powyższej pracy analiza psychologiczna histeryi oparta została rozmyślnie na przypadkach zupełnie rozwiniętej typowej choroby. Pod tym względem trzymaliśmy się ogólnie przyjętego w nozografii zwyczaju, że tylko typowe lub jak się wyrażają, klasyczne przypadki brane są za materiał do charakterystyki choroby. Nie trzeba też zapominać, że jedynie na takich przypadkach można było wykryć doświadczalnie psychiczne pochodzenie objawów histeryi.

W epoce, w której ściśle psychologiczne pojęcie sugestyi zdaje się zacierać, uważaliśmy za swój obowiązek przypomnieć jako pierwotny wzór sugestję doświadczalną Ch a r c o t'a, więcej zaś jeszcze zdać sprawę z kierunku, który dzięki swej nieporównanej metodzie przyrodniczej badacz ten potrafił nadać swoim doświadczeniom.

Doświadczenia Ch a r c o t'a dowiodły jak mylą się ci, którzy na zjawiska świadomości zapatrując się jako na epifenomen zjawisk życiowych ustroju twierdzą jednocześnie, że z nią jak bez niej ustrój ludzki funkcyonowałby równie dobrze. Doświadczalnie bowiem zo-

stało stwierdzone, że na świadomość trzeba się zapatrywać jako na funkcję zarazem, której osłabienie może odbijać się niekiedy, jak tego dowodem jest histerya na dysocjacji fizjologicznych czynności ustroju. Na tem też polega ogólnonaukowe znaczenie doświadczeń Charcot'a. Otóż gdy w pierwotnych doświadczeniach stwierdzone zostało, że przynajmniej u osobników pewnej kategorii psychologiczne funkcje uczucia, myślenia i chcenia odbijać się mogą prócz na stosunkach osobnika ze światem zewnętrznym i otoczeniem jeszcze także i na patologicznych zaburzeniach gospodarki wewnętrznej ustroju w trwalszy sposób, okazała się potrzeba badania warunków w jakich wyrażony powyżej wpływ psyche może się manifestować.

W myśl zadosyćczynienia powyżej potrzebie medycyna zubożoną została o jedną naukę doświadczalną więcej, jaką jest *psychofizjologia patologiczna*. Nauka ta posiadając się w specjalnych pracowniach przy klinikach chorób norwowych różnymi metodami doświadczalnemi dąży przede wszystkim do zdobycia naukowej podstawy klasyfikacji chaotycznej masy objawów obejmowanych dotychczas d. arbitralnie nazwami histeryi, neurastenii i t. p. W ciągu 18 lat ubiegłych od pierwszych doświadczeń Charcot'a na histerykach zebrała ona materiał o tyle wystarczający aby mózdz na jego podstawie usiłować zadosyć uczynić naturalnej potrzebie umysłu wymagającej pewnych uogólnień. Zanim posiadziemy anatomofizjologiczną teorię histeryi i pokrewnych nerwie, uogólnienie takie znaleźć można do pewnego stopnia dziś już w psychofizjologicznej teorii histeryi. Niewątpliwie w miarę dalszego rozwoju i postępu metod doświadczalnych pozwalających na coraz dokładniejszą analizę nader skomplikowanych zjawisk psychomechaniki naszkicowana przez nas wyżej psychofizjologiczna teoria histeryi ulegnie pogłębieniu i rozszerzeniu, lecz podstawy jej są dziś już położone.

W ten sposób zdobyte też zostały zasady racjonalnej profilaktyki, a sądzimy, że na wynikach tego kierunku badań oprze się też twardo w przyszłości, dziś z wieloma przeszkodami i trudnościami walczyć zmuszona nowa gałąź terapii, ortopedya moralna czyli t. zw. psychoterapia, w obszernem pojęciu tego wyrazu.



II. 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.

(Dokończenie).

8. Perlica u bydła a gruźlica ludzka.

Kilka słów poświęcić muszę sprawie stosunku, jaki zachodzi pomiędzy perlicą bydła a gruźlicą ludzką.

Koch wbrew dawniejszym swoim poglądom na ostatnim kongresie w Londynie twierdził, że perlica bydłęca nie jest zaraźliwą dla ludzi i że nie należy utożsamiać lasecznika gruźlicy ludzkiej z lasecznikiem perlicy bydłowej. Szczepił on mianowicie 19 sztuk młodego bydła, które nie dawało odczynu na tuberkulinę, lasecznikiem gruźlicy ludzkiej, który częściowo był wzięty z hodowli, częściowo zaś z plwociny. Plwocinę podarował albo w pokarmach lub też wstrzykiwał podskórnie lub do otrzewny lub też do żyły szyjowej. Żadne z tych zwierząt nie zapadło na gruźlicę. Zaś na seceyi wykonanej w 6 do 8 miesięcy po szczepieniu nie znaleziono najmniejszych śladów gruźlicy w wewnętrznych narządach. Jedynie na miejscu wstrzyknięcia były małe ropne ogniska, zawierające laseczniki gruźlicze, jak to się zdarza po szczepieniu martwych laseczników. W dalszym ciągu Koch wykonał doświadczenia kontrolujące, podawał bowiem zwierzętom laseczniki perlicy. Wszystkie zwierzęta pochorowały się, a mianowicie wystąpiła wysoka gorączka, zwierzęta chudły i wreszcie zdychały. U pozostałych przy życiu wykonano seceję w 3 miesiące po szczepieniu, przyczem znaleziono wyraźne zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych. Szczególniej wybitne były zmiany u tych zwierząt, którym wstrzyknięto do otrzewnej. Znaleziono mianowicie charakterystyczne zmiany na otrzewny i krezce. W dalszym ciągu swych doświadczeń Koch karmił 6 swni plwociną

suchotników, zaś 6 innym dodawał do pokarmów laseczniki perlicy. Pierwsza grupa pozostała przy życiu, a na sekcji nie znaleziono żadnych zmian, za wyjątkiem kilku małych guzików w gruczołach karkowych. Zaś w jednym przypadku znaleziono jeden guzik w płucach. U drugiej grupy świń stwierdzono natomiast silne zmiany gruźlicze w płucach. To samo doświadczenie i z tym samym wynikiem powtórzył Koch na osłach, gęsiach i owcach.

Brak wprawdzie namacalnego doświadczalnego dowodu, że lasecznik perlicy jest szkodliwy dla człowieka. Gdyby on jednak był zaraźliwym dla człowieka, to wobec częstego wykrywania go w mleku i maśle, daleko częściej zdarzały by się przypadki pierwotnej gruźlicy kiszek u ludzi. Tymczasem statystyka z licznych sekcji dowiodła, że gruźlica kiszek zdarza się niezmiernie rzadko. Zaś tam, gdzie była stwierdzona, mogła powstać na drodze samozakażenia. Koch zakończył swój odczyt wnioskiem następującym: że zakażenie przez mleko, masło i mięso gruźliczych zwierząt nie ma większego znaczenia w sprawie szerzenia się gruźlicy aniżeli dziedziczność i że on uznaje za niewłaściwie przedsięwzięcie środków przeciwko perlicy u bydła.

Naturalnie, tak poważny głos nie mógł pozostać bez odpowiedzi.

Pospały się więc wyjaśnienia i protesty ze wszystkich stron.

Po 1-e stwierdzono, że lasecznik perlicy jest jadowity dla ludzi. Ravenel (z Filadelfii) ogłosił 6 przypadków zarażenia się człowieka od zwierzęcia. Jeden z nich, jako charakterystyczny, przytaczam tutaj. Pewien lekarz przy sekcji dwóch krów, którym zaszczerpiono perlicę, zranił się lekko w palec. Rana się wkrótce zablizniła. Po czterech tygodniach blizna obrzmiała, zaczęła się powiększać. Wycięto ją tedy. Częsteczki takowej zaszczerpiono dwóm morskim świnkom, u których wkrótce rozwinęła się ogólna gruźlica. Pod drobnowidzem znaleziono w omawianych częsteczkach olbrzymie komórki i laseczniki Koch'a.

Lassar i Blaschko w 1902 r. w Towarzystwie Lekarskiem Berlińskim przedstawiali chorych cierpiących na tuberculosis verrucosa cutis. Chorzy ci pracowali w miejskiej rzeźni w Berlinie. Wśród 360 pracujących 7 razy zdarzyło się to cierpienie, co przemawia za możliwością przeniesienia zarazy z bydła na ludzi. Liebreich przytacza przypadek następujący: w Kielu pewien jegomość miał tatuowaną skórę. Ponieważ istnieje przesąd, że tatuowanie można usunąć, cwiecrając śmietankę w dane miejsce poprzednio nakłute, przeto ów osobnik użył śmietanki od krowy perliczej i nabawił się gruźlicy skóry.

2-e. Szereg doświadczeń miał na celu wyjaśnić, czy lasecznik gruźlicy ludzkiej wistocie jest niejadowitym dla zwierząt i czy stanowi on odmienny gatunek od lasecznika perlicy.

Już Mac Fadyean w przemowie swej po odkryciu Koch'a zaznaczył, iż: a) prawdopodobnie lasecznik gruźlicy ludzkiej jest więcej jadowity od lasecznika perlicy i dlatego nie może wywołać gruźlicy u bydła. Z drugiej strony lasecznik perlicy jest jadowity nie tylko dla bydła rogatego, lecz i dla całego szeregu zwierząt czworonożnych ssących (koń, pies, owca i t p.). Doświadczenie zaś poucza, że jeśli lasecznik znaleziony u pewnego gatunku zwierząt jest jadowity nie tylko dla swego gospodarza lecz i dla całego szeregu innych zwierząt, to tem samem jest jadowity i dla ludzi. Więc dotyczyć to może i lasecznika perlicy.

b) Absolutnie nie dowiedziono, iżby lasecznik perlicy był bardziej jadowity aniżeli lasecznik gruźlicy ludzkiej. Można przypuścić, iż lasecznik perlicy, przechodząc przez ustrój ludzki, traci swą jadowitość. Wreszcie, pomiędzy jawowitością laseczników jednej grupy zachodzą nieraz wielkie różnice.

c) Pierwotna gruźlica kiszki u ludzi bynajmniej nie jest rzadkiem zjawiskiem. W Anglii ją stwierdzono w 29% przypadków gruźlicy.

Tange i Troje wykonali w pracowni Baumgarten'a następujące doświadczenie: poddawali lasecznik gruźlicy ludzkiej działaniu jodoformu i tak zmienione laseczniki wskrzykiwali królikom, u których wystąpiła postać gruźlicy zbliżonej do perlicy (tuberkula pendula—zwapnienie gruzelków z przewlekłym przebiegiem). Doświadczenia te dowiodły, iż lasecznik gruźliczy może przy pewnych warunkach wywoływać perlicę. Już dawniej wreszcie Bollinger wywoływał perlicę, wstrzykując lasecznika gruźlicy ludzkiej.

Z najnowszych badań wspomnieć należy o doświadczeniach A. de Jong'a i Maxa Wolffa. A. de Jong czynił doświadczenia na kozach, baranach, wołach, koniach, małpach i psach. Wstrzykiwał im wprost do żył zarówno laseczniki perlicy jak i gruźlicy ludzkiej i wszystkie zwierzęta bez wyjątku i bez względu na rodzaj wstrzykniętego lasecznika zapadły na gruźlicę. Oględziny posmiertne wykazały swoiste zmiany gruźlicze i obecność w nich laseczników, zaś szczepienie tych wytworów świnikom morskim wywoływało typową gruźlicę.

Nad bydlęm rogatym autor wykonał 7 doświadczeń. Dwa woły szczepione lasecznikiem perlicy zapadły na ciężką postać gruźlicy z ostrym przebiegiem i wkrótce zdechły. Zaś 3 cieląt i 4 woły,

którym wstrzyknięto hodowlę laseczników gruźlicy ludzkiej, dostały gruźlicy mniej złośliwej, o bardziej przewlekłym przebiegu. Dowodzi to, że lasecznik perlicy jest bardziej jadowitym dla bydła aniżeli lasecznik gruźlicy ludzkiej. To samo się powtórzyło u innych doświadczalnych zwierząt.

Nie mogąc czynić doświadczeń na ludziach z lasecznikiem perlicy, Jong czynił takowe na małpach, które, jak wiadomo, są najbardziej zbliżone do ludzkiego ustroju pod względem swej organizacji i podatności na zarazki chorobotwórcze. Okazało się, że i małpy silnej reagują na lasecznik perlicy. O większej wogóle jadowitości lasecznika perlicy przekonał się autor z licznych doświadczeń, dokonanych na małych zwierzętach (świnkach morskich i królikach). A więc, według de Jong'a, niema zasadniczej różnicy pomiędzy lasecznikiem gruźlicy ludzkiej a lasecznikiem perlicy. Prawdopodobnie w zwykłych, warunkach człowiek nie jest w stanie zarazić się od bydła rogatego i z drugiej strony zwierzę może się zarazić od człowieka tylko w wyjątkowych warunkach, jeśli laseczniki gruźlicze posiadają dużą jadowitość oraz jeśli długo istnieje ognisko zarazy. Gruźlica bydła jest bardzo niebezpieczna dla człowieka ze względu na swą dużą jadowitość.

Nawet spostrzeżenia kliniczne stwierdzają słuszność tego twierdzenia. Tak np. niewątpliwą zdaje się rzeczą, iż córka prof. Gossa (z Genewy) zapadła na gruźlicę kiszek wskutek spożywania mleka pochodzącego od krowy gruźliczej.

Max Wolff podaje następujące spostrzeżenie i doświadczenie. W klinice Leyden'a leżał chory, który od roku się uskarżał na zaburzenia trawienne, rozwolnienie i bóle w brzuchu. Po 3-ch dniach pobytu umarł. Sekcyja wykazała pierwotną gruźlicę kiszek, gruźelki na otrzewny i w śledzionie. Zaś w płucach i gruczołach oskrzelowych nie było żadnych zmian.

Zaszczepiono wytwory gruźlicze z tego osobnika świnkom morskim, które zdechły na gruźlicę w przeciągu 3-ch tygodni. 5-cio-miesięcznemu cielęciu, które nie reagowało na tuberkulinę, wstrzyknięto pod skórę szyi filtrowaną emulsję ze śledziony i płuc z tejże świnki morskiej, poczem wystąpiło obrzmienie wielkości pięści. Po 4-ch tygodniach dokonano wstrzyknięcia tuberkuliny. Ciepłota podniosła się do 41,5°. Ponowne wstrzyknięcie tuberkuliny po upływie 5 tygodni (od 1-go wstrzyknięcia tuberkuliny) również dało wynik dodatni. Cielę zdechło po 85 dniach i na sekcyi znaleziono typowe zmiany perlicze. Na miejscu wstrzyknięcia duży guz ze złogami serowatymi i zwapnienie charakterystyczne dla perlicy; błony

surowicze były silnie dotknięte gruźlicą, perlice gruźliczki znaleziono na śledzionie, wątrobie i t. p. Te guziczki zawierały olbrzymie komórki i laseczniki gruźlicze.

Wreszcie, jedna świnka morska szczepiona wytworami serowatymi z tegoż cielęcia zdechła, a na sekcji stwierdzono gruźlicę płuc i wątroby. A więc, pierwotna gruźlica kiszek u człowieka może wywołać u zwierzęcia perlicę, zaś z drugiej strony perlica może wywołać u człowieka gruźlicę prosówkową.

W o l f f czynił doświadczenie innego rodzaju. Wstrzykiwał cielęciu płwocinę 5 suchotników. Na miejscu wstrzyknięcia wytworzył się ropień, a w ropie znaleziono liczne laseczniki gruźlicze. Po upływie 5 tygodni zastrzyknięto tuberkulinę, która nie wywołała odczynu. Po upływie ponownym 3 tygodni tuberkulina dała odczyn. Na sekcji stwierdzono, iż wszystkie narządy były zdrowe, lecz w sąsiedztwie z miejscem zastrzyknięcia gruczoly były rozmiękczone i zserowaciałe.

Drugi gruczoł, dość oddalony od miejsca wstrzyknięcia, był również zmieniony gruźliczo. Zawierał on laseczniki gruźlicze.

Świnka morska szczepiona cząsteczkami tych gruczolów zdechła wskutek gruźlicy.

Z powyższych spostrzeżeń i doświadczeń wynika, co następuje:

1) Laseczniki gruźlicy u różnych zwierząt mogą posiadać odmienne właściwości.

2) Ustrój królika i świnki morskiej może wyrównać różnicę hodowli, użytej do szczepienia, i zamienia laseczniki gruźlicy ludzkiej lub bydłowej w laseczniki gruźlicze swoiste dla królika i świnki morskiej.

3) Laseczniki gruźlicze mogą zatracić cechy pierwotne po przejściu przez kilka ustrojów zwierzęcych.

4) Mogą się przystosować do rozmaitego gruntu.

5) Lasecznik gruźlicy ludzkiej może wywołać gruźlicę resp. perlicę u bydła (de J o n g), wzięty bezpośrednio z hodowli lub przeprowadzony przez ustrój świnki morskiej (W o l f f).

6) Lasecznik perlicy może wywołać u ludzi nie tylko miejscową gruźlicę skóry, lecz i gruźlicę kiszek oraz płuc i prosówkę, przedstawając się ze skóry za pośrednictwem naczyń chłonnych lub krwionośnych.

7) Lasecznik gruźlicy ludzkiej i perlicy u bydła rogatego i gruźlica u ludzi—są to choroby identyczne. Wszelkie więc twierdzenia, skierowane przeciwko perlicy są słuszne i niezbędne.

Zjawia się teraz pytanie, jak częstą jest gruźlica?

9. Statystyka.

Według danych, podanych przez Köhler'a, a zaczerpniętych z pracy Jacob'a i Pannwitz'a, wypada, iż na 10000 żyjących mieszkańców przypada w poszczególnych krajach zgonów wskutek gruźlicy, jak następuje: w Anglii 13,58, Norwegii 17,37, Belgii 17,63, Włoszech 18,71, Holandyi 18,84, Danii 19,12, Irlandyi 20,24, Szwajcaryi 20,31, Niemczech 22,45, Szwecyi 23,10, Francyi 30,23, Węgrzech 31,84, Austrii 36,25, Rosyi 39,86.

Jak rozpowszechnioną jest gruźlica w miastach, wykazują daty statystyczne Bollinger'a, zaczerpnięte z pracy d-ra Dunina, i dane zebrane przez samego Dunina. Okazuje się, iż w r. 1892 na 1893 na 10000 żyjących mieszkańców umierało z powodu gruźlicy: w Londynie 21,6 (1885 r.), Amsterdamie 23,3 (1885 r.), Hamburgu 25,2, Berlinie 25,7, Lipsku 25,8, Dreźnie 28,1, Frankfurcie n. M. 29,1, Sztokholmie 30,0 (1874—1895), Kolonii 30,8, Warszawie 31,0 Kopenhadze 36,1 (1876—1883), Brukseli 39,0 (1864—1893), Paryżu 39,0 (z suchot płucnych 1896) 48,3 z gruźlicy wogóle, Wrocławiu 40,1, Wiedniu 47,0, Lwowie 66,8 (1890), Krakowie 70,0 (1890), Budapeszeie 77,6.

Według zaś Cornet'a zmarło wskutek gruźlicy w Niemczech w r. 1894—123904 osób.

Co się tyczy Królestwa Polskiego, nie mamy absolutnie żadnych pewnych danych. Urzędowe statystyki śmiertelności dla całego kraju są mniej więcej pewne, lecz wiadomości o liczbie zgonów wskutek poszczególnych chorób są z gruntu fałszywe. Opierają się one bowiem na sprawozdaniach urzędujących lekarzy, którzy czerpią swe wiadomości od wolnopracujących. A wiemy z doświadczenia, iż te dane są fikcyjne. Żadnego więc, nawet przybliżonego, pojęcia mieć nie możemy o liczbie gruźliczych u nas w kraju.

D-r Dunin w swej pracy opiera się na następujących danych. Przyjmuje, iż w Warszawie (gdzie dane statystyczne są pewniejsze) na 10000 żyjących umiera 31,0 wskutek gruźlicy, czyli rocznie 1860 osób, przyjmując zaś, że śmiertelność z suchot w całym Królestwie Polskiem wynosi tylko 25 na 10000 żyjących, to przy 10 milionowej ludności liczba umierających na suchoty wynosi rocznie 25000. Pomnożywszy zaś tę liczbę przez wskaźnik gruźlicy u nas 6 (przyjęty przez Dunina), otrzymamy, iż w Królestwie żyje suchotników w obecnej chwili (1899) 150000. Wskaźnikiem gruźlicy nazywają liczbę lat trwania takowej u pojedynczego osobnika, licząc od pierwszych objawów spostrzeganych przez chorego. Wskaźnik ten różnym

jest u różnych autorów. Cornet podaje dla Niemiec przeciętną długość trwania choroby na 3 lata, Dettweiler na 7 lat, Goldschmidt na 2 lata, Lendet dla klas bogatszych na 5 lat, dla szpitalnej praktyki na 3½ roku. Cybulski na zasadzie wywiadów, zebranych od 150 chorych szpitalnych i 50 z praktyki prywatnej d-ra Sokołowskiego, określa wielkość wskaźnika w Królestwie na 3 lata, Dunin zaś na 6 lat. Cyfrę Dunina uważa Cybulski za zbyt wysoką. Nie umiem powiedzieć, po czyjej stronie jest słuszność, gdyż wiadomości podobnych nie zbierałem. Jednak mi się zdaje, iż wnioski Cybulskiego, jako wyprowadzone ze zbyt małej ilości spostrzeżeń, przyjąć należy z zastrzeżeniem. Co prawda nie mogąc znaleźć wskazówek u Dunina na jak wielkim materiale czynił on swoje spostrzeżenia, przyjąłem jednak cyfrę Dunina (150000) dla niżej wyszczególnionych wyliczeń.

A więc, w Królestwie na 9455943 mieszkańców (cyfra ta została zaczerpnięta z odczytu prof. Baranowskiego na zjeździe w Krakowie w 1900 r.) przypada 150000 suchotników, czyli na 10000 żyjących 26,43 zgonów wskutek gruźlicy. Ponieważ gubernia Radomska liczy mieszkańców 974930 (przeciętna z 5 lat od 1897 po 1901 r.), przeto, zgodnie z obliczeniami Dunina, przypadają na gubernię Radomską 18750 suchotników żyjących w danej chwili, zaś 32,47 zgonów wskutek gruźlicy na 10000 żyjących mieszkańców. Według ścisłej statystyki śmiertelności w mieście Radomiu, ułożonej przez d-ra Cennèra za rok 1900, wypadło by na 10000 mieszkańców 127 suchotników żyjących w danej chwili i 21,28 zgonów wskutek gruźlicy. Ogólna zaś ilość suchotników żyjących w 1900 r. wynosiła by w Radomiu 462.

Tym sposobem Królestwo Polskie pod względem liczby zgonów wskutek gruźlicy zajmowało by pośrednie miejsce pomiędzy Szwecją (23,10 zg.) a Francją (30,23 zg.)

By mieć możność porównania gub. Radomskiej z okręgami terytorjalnymi liczebnie do niej zbliżonymi, przytoczę poniżej cyfry z niektórych Niemieckich państw.

Baden ma mieszk. 1725470, na 10000 mieszk. żyjących przypada zgonów wskutek suchot 22,40.

Hesya ma mieszk. 1139388, na 10000 mieszk. żyjących przypada zgonów wskutek suchot 25,68.

Alzacya i Lotaryngia ma mieszk. 1641220, na 10000 mieszk. żyjących przypada zgonów wskutek suchot 25,12.

Gub. Radomska na mieszk. 974930, na 10000 mieszk. żyjących przypada zgonów wskutek suchot 32,47.

A więc, gub. Radomska przewyższa znacznie ilością zgonów, ewentualnie zachorowań na gruźlicę płuc wyżej wymienione niemieckie prowincye.

Inaczej się rzeczy przedstawiają w Radomiu. Nasze bowiem miasto zajęło by pierwsze miejsce w szeregu innych miast Europy, gdy Warszawa zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy Monachium a Kopenhagą, w których śmiertelność z gruźlicy jest o wiele wyższą aniżeli w Radomiu, a mianowicie: w Monachium umiera 30,8 na 10000 mieszkańców, w Warszawie 31,0, w Kopenhadze 36,10, zaś w Radomiu 21,28.

Jak dalece odbiegają cyfry urzędowe od przytoczonych tutaj przybliżonych, lecz prawdopodobnych, wskazują dane, zebrane przezemnie, a dotyczące gub. Radomskiej za lat 5 od 1897 po 1901 włącznie.

Według urzędowych danych umierało rocznie przecięciowo 213 osób wskutek gruźlicy płuc, co stanowi 2,19 zgonów na 10000 żyjących. Gdyby temu wierzyć, należałoby uważać gub. Radomską za oazę wśród suchotniczego cmentarzyska w całej Europie. Ponieważ z pośród wszystkich zgłaszających się po porady do lekarzy ewentualnie zarejestrowanych, umierały rocznie 2493 osoby, zaś wskutek gruźlicy 213, to jeden zmarły wskutek gruźlicy płuc przypada na 11,7 zmarłych wskutek innych chorób. Gdy jednak porównamy ilość podanych zgonów wskutek gruźlicy z ogólną ilością zmarłych w gubernii, to otrzymamy wynik następujący. Przecięciowo rocznie pomiędzy 1897 a 1901 umierało wogóle 20386 osób. Ponieważ przeciętnie rocznie umiera wskutek gruźlicy, według urzędowych wykazów, 213 osób, przeto tym sposobem jeden zmarły gruźliczy przypada na 88 zgonów wogóle. Naturalnie, cyfry te są fikcyjne.

O rzeczywistym stanie rzeczy można nabrać dokładnego pojęcia jedynie z sumiennej i umiejętnie zestawionej pracy d-ra C e n n e r a. Dotyczy ona śmiertelności w mieście Radomiu za rok 1900. Lecz do pewnego stopnia dane te mogą być miarodajne i dla całej gubernii.

Otóż, według powyższej pracy wypada, iż w r. 1900 ogólna liczba zgonów wynosiła 689, czyli 190,36 na 10000 mieszkańców.

Z liczby 689 zgonów przypada na gruźlicę wogóle 104, czyli 15,09%, zaś na gruźlicę płuc 77, czyli 11,17 ogólnej liczby zmarłych.

A więc $\frac{1}{9}$ zgonów w Radomiu spowodowaną została przez gruźlicę płuc.

Wskutek chorób zakaźnych zmarło w sumie 201 osób, a mianowicie: wskutek duru brzuszego 34, ospy 3, ospicy 1, płonicy 17, odry 2, błonicy i dławca 13, róży 1, czarnej krosty 2, tężca 4, ropnicy i posocznicy 5, gorączki połogowej 6, koklusu 6, grypy 3, gruźlicy wogóle 104, w tem gruźlicy płuc 77.

A więc, odsetka zmarłych wskutek gruźlicy wogóle stanowi 51,24% zmarłych wskutek chorób zakaźnych; zaś odsetka zmarłych wskutek gruźlicy płuc stanowi 38,3 tejże kategorii. Więc i u nas gruźlica jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą i wywołuje daleko większą śmiertelność, aniżeli wszystkie inne zakaźne choroby razem wzięte.

Statystyki oparte na dużych liczbach potwierdzają to również. Przytaczam tutaj za Cornet'em wiadomości, dotyczące Niemiec z r. 1894.

Zmarło w tymże roku wskutek błonicy i dławca 63701, koklusu 21521, płonicy 8937, odry 16173, duru 6373 osób, razem 116705 osób, zaś wskutek gruźlicy 123904.

Cyfry te są znamienne. Żadna więc choroba zakaźna po szczególe, ani też wszystkie razem, nie zabierają tyle ofiar, co gruźlica. Cholera np. w Radomiu w r. 1894 zabrała ofiar 350. Cholera nawiedza nas raz na 10 do 15 lat, gdy gruźlica corocznie zabiera 104 ofiary, a więc przez 10 lat—1040, t. j. 3 razy tyle aniżeli owa straszna cholera. Wypada ztąd, iż w gubernii na 88 zgonów wogóle przypada 1 zgon wskutek gruźlicy, zaś w Radomiu, gdzie rejestrują przyczyny śmierci, przypada 1 zgon wskutek gruźlicy na 9 zgonów wogóle. Te pierwsze cyfry są fałszywe, o tem się przekonać można chociażby z tego zestawienia.

Ja zebrałem materyał ze wszystkich szpitali gub. Radomskiej i korzystałem z wybornej pracy C e n n e r a p. t. „Statystyka śmiertelności m. Radomia za rok 1900, drukowanej w 10 zeszytcie Zdrowia t. r. Z materyału też tego nie można wnioskować bynajmniej o częstoci pojawiania się gruźlicy, ewentualnie o jej rozprzestrzenianiu. Albowiem chorzy szpitalni stanowią zaledwie nieznaczną cząstkę ogólnej ilości chorych i z drugiej strony rekrutują się z niższych warstw ludności, przeto nawet o częstoci występowania gruźlicy wśród różnych warstw społeczeństwa sądzić nie można.

Dają one jednak ciekawe wskazówki co do wieku, czyli częstoci występowania w pewnych okresach życia i co do zajęcia, czyli częstoci występowania wśród pewnych warstw ludności.

Następujące szpitale dostarczyły wiadomości: św. Kaźmierza i Żydowski w Radomiu za lat 5 (1897 — 1901), św. Władysława

w Opocznie za lat 2 (1900 — 1901), św. Ducha w Sandomierzu za lat 3 (1899 — 1901), św. Adama w Staszowie za lat 4 (1898—1901), św. Leona w Opatowie za lat 2 (1900 — 1901), fabryczny w Starachowicach za lat 2 (1900 — 1901) i więzienne: w Radomiu i Sandomierzu za lat 5 (1897 — 1901). Nie mogłem natomiast otrzymać żadnych wiadomości ze szpitala fabrycznego w Klimkiewiczowie.

Ponieważ nie wszystkie szpitale dostarczyły wiadomości za jednakową ilość lat, przeto nie można sądzić o rzeczywistej ilości gruźliczych, leczących się w szpitalach. Z tablicy ułożonej przez kolegę Matyldę Kobryner wnioskować można, co następuje: z liczby 13105 chorych szpitalnych było 573 gruźliczych, co stanowi 4,38% chorych. Zaś z gruźlicą płuc 365, co stanowi 2,78% tychże chorych. Widzimy więc ztąd, iż chorzy gruźlicy, a szczególnie z gruźlicą płuc niechętnie się garną do szpitali. Z drugiej zaś strony wiemy z doświadczenia, iż szpitale również niechętnie przyjmują takich chorych, tembardziej, iż zgłaszają się oni w okresie rozpadowym z dużemi zmianami w płucach. Chorzy w pierwszym okresie gruźlicy płuc bardzo rzadko nawiedzają szpital.

Odsetka zmarłych wogóle w szpitalach wynosiła 8,73% ogólnej liczby chorych. Odsetka zgonów wskutek gruźlicy wynosiła 11,27% wszystkich zgonów. Zaś taż odsetka względnie do ilości zachorowań na gruźlicę wynosiła 22. Odsetka zgonów wskutek gruźlicy płuc względnie do ilości przypadków gruźlicy płuc wynosiła 30,9.

Gdybyśmy przyjęli, że w całej gubernii odsetka zmarłych wskutek gruźlicy wynosi 11,27% wszystkich zgonów, to moglibyśmy obliczyć: 1) ile przypada zgonów wskutek gruźlicy w gubernii, 2) ilu mamy żyjących gruźliczych, według wskaźnika Dunina.

Ponieważ przeciętna liczba zmarłych w pięcioletnim okresie (1897 — 1901 włącznie) wynosi rocznie 20386 osób, przeto na gruźlicę przypadałoby 2042 zgony. Pomnożywszy tę cyfrę przez 6, otrzymalibyśmy liczbę żyjących suchotników w danej chwili, co wynosi 12252.

A więc, na 10000 żyjących mieszkańców przypadałoby zgonów wskutek gruźlicy płuc 20,94, zaś żyjących suchotników 125,64. Cyfry te są znacznie niższe od podanych przez Dunina. Przyjąłem jednak te ostatnie, chociaż oparte na fikcyjnych doświadczeniach, z tego względu, iż do przybliżonego obliczenia według mojego wzoru musiałbym posiadać wiadomości ze wszystkich szpitali i za jednakowy okres czasu.

W dalszym ciągu z tablicy widać, iż w szpitalach więcej było mężczyzn, aniżeli kobiet. Wyrażał się stosunek kobiet do mężczyzn wzorem 1:1,47, zaś zgonów 1:1,68. Statystyczne dane Cornet'a również dowodzą, iż mężczyźni częściej umierają, aniżeli kobiety.

Albowiem na 10000 żyjących mężczyzn przypada zgonów wskutek gruźlicy 35,45, zaś na 10000 żyjących kobiet przypada zgonów wskutek gruźlicy 27,67.

Stosunek ilości zgonów kobiet do takiejże mężczyzn wyraża się wzorem 1:1,28.

Z tego więc wypada, że mężczyźni częściej zapadają na gruźlicę, aniżeli kobiety. Gdybyśmy przyjęli, że liczba gruźliczych w gubernii (według moich obliczeń) wynosi 12251, to zgodnie z powyższymi wzorami moglibyśmy wnioskować, iż mamy w gubernii gruźliczych mężczyzn 7657, zaś kobiet 4595. Zaś w samym Radomiu, zgodnie z danemi d-ra Cennèra, posiadalibyśmy suchotników 240, zaś suchotnic 222.

Liczba gruźliczych chorych w szpitalach, według wieku obliczona w odsetkach przedstawia się, jak następuje:

od 0 — 1 r.	było chorych 0%	zmarło 0%	liczby zgonów wskutek gruźlicy
" 1 — 2	" " 0,69%	" " 0%	
" 2 — 5	" " 1,38%	" " 0%	
" 5 — 10	" " 5,41%	" " 3,87%	
" 10 — 15	" " 8,89%	" " 1,55%	
" 15 — 20	" " 13,61%	" " 11,62%	
" 20 — 25	" " 14,66%	" " 13,18%	
" 25 — 30	" " 13,61%	" " 16,28%	
" 30 — 40	" " 21,27%	" " 28,68%	
" 40 — 50	" " 11,51%	" " 11,62%	
" 50 — 60	" " 6,63%	" " 10,85%	
" 60 — 70	" " 2,94%	" " 2,32%	
" 70 i wyżej	" " 0,17%	" " 0%	

Tablice d-ra Cennèra są bardziej miarodajne, gdyż zawierają wiadomości o śmiertelności wśród całego miasta. Z tablic tych wypada, iż odsetka zmarłych wskutek gruźlicy według wieku przedstawia się jak następuje:

od 0 — 1 r.	wskutek gruźl. płuc 2,88%	wskut. gruźl. in. narządów 7,69%
" 1 — 2	" " " 8,64%	" " " " 2,88%
" 2 — 5	" " " 3,85%	" " " " 6,73%
" 5 — 10	" " " 0,96%	" " " " 1,92%
" 11 — 15	" " " 2,88%	" " " " 0,96%

„ 16—20 r. wskutek gruźl. pł.	10,58%	wskut. gruźl. in. narządów	0,96%
„ 21—30 „ „ „	14,40%	„ „ „ „	0,96%
„ 31—40 „ „ „	12,48%	„ „ „ „	1,92%
„ 41—50 „ „ „	5,77%	„ „ „ „	0,96%
„ 51—60 „ „ „	4,80%	„ „ „ „	0,96%
„ 60 i wyżej „ „ „	6,52%	„ „ „ „	0%

Pomiędzy 15 a 50 rokiem życia, t. j. w okresie największej wydajności pracy leżało w szpitalach wskutek gruźlicy 74,66% chorych gruźliczych wogóle, a liczba zgonów wynosiła 81,38% zgonów wskutek gruźlicy.

Na tenże sam okres w Radomiu przypada zgonów 58,44% z gruźlicy płuc (odsetka ta jest obliczona względnie do ogólnej liczby zgonów na gruźlicę płuc).

Pomiędzy 0 a 1 r. gruźlica albo się wcale nie zdarza albo bardzo rzadko. W tym wieku gruźlica umiejscawia się przeważnie w kościach, stawach, kiszkach lub oponach mózgowych, zaś rzadziej w płucach.

Od 5 roku życia liczba gruźliczych stale się zwiększa i osiąga swego szczytu pomiędzy 30—40 rokiem życia. Na ten sam okres przypada i największa ilość zgonów wskutek gruźlicy.

Poczynając od 16 r. życia gruźlica płuc znacznie góruje nad gruźlicą innych narządów. Następująca tablica wykazuje częstotść zachorowań poszczególnych narządów oraz odsetkę śmiertelności wskutek takowych.

Na 573 chorych gruźliczych w szpitalach cierpiało:

na gruźlicę nerek	0,16%	zmarło	0%	z liczby zachorowań
„ „ opon mózgowych	0,32%	„	100%	„ „
„ „ skóry	0,32%	„	0%	„ „
„ „ krtani	0,48%	„	0%	„ „
„ „ otrzewny	0,96%	„	33%	„ „
„ „ kiszek	1,44%	„	33%	„ „
„ „ opłucny	2,40%	„	0%	„ „
„ „ gruczołów	9,76%	„	1,6%	„ „
„ „ kości i stawów	19,03%	„	6,4%	„ „
„ „ płuc	63,52%	„	30,9%	„ „

Gruźlica najczęściej umiejscawia się w płucach, następnie w kościach, stawach i gruczołach chłonnych. Największą odsetką śmiertelności daje gruźlica opon mózgowych, potem kiszek i otrzewny, a wreszcie płuc.

Z danych moich nie można mieć dokładnego pojęcia o częstotliwości występowania gruźlicy wśród pojedynczych zawodów. Uderza tylko znaczna częstota pojawiania się gruźlicy, zanotowana w rubryce „przy rodzicach“. Chorzy tej grupy stanowią bardzo liczną odsetkę, bo 17,45% wszystkich chorych szpitalnych i 34,61% wszystkich zejść śmiertelnych wskutek gruźlicy w Radomiu. Są to po największej części dzieci do lat 15, które pozostają w rodzinie do chwili, aż mogą pracować i mieszkać niezależnie od rodziny. Częstota występowania gruźlicy wśród tej kategorii przemawiała by na korzyść teorii kontagionistów, którzy dowodzą, iż najczęstszym źródłem zakażenia jest rodzina, czyli wspólne przemieszkiwanie z gruźliczymi rodzicami lub rodzeństwem.

Zajęcia domowe i służba dostarczają najliczniejszej odsetki gruźliczych (18,5%) wśród szpitalnych chorych, co również przemawiało by na korzyść zarażenia się w domu.

Włościanie, gospodynie wiejskie, koloniści i parobcy stanowią 12,9% wśród chorych, co dowodzi, iż pobyt na wsi nie zabezpiecza w znacznej mierze od gruźlicy. Przeciwnie, wysoce niehygieniczne warunki, wśród których lud nasz żyje: niskie i ciasne izby, przeludnienie takowych, brak światła, gliniane podłogi, niechlujstwo i brud wysoce sprzyjają przyjęciu i rozpowszechnianiu się lasecznika gruźliczego. Szczególniej dworskie zabudowania dla służby folwarcznej, gdzie w jednej izbie mieszka po kilka rodzin, mogą być ogniskiem zarazy.

Wyrobnicy stanowią 13,61%. Wiadomo, iż wyrobnicy należą do najuboższej warstwy miejskiej ludności. Licho się karmią, licho się odziewają. Mieszkają często w jednej izbie po kilka rodzin. Zapadają często na katary dróg oddechowych, wskutek wystawiania całymi godzinami na ulicach miasta. Wskutek tychże katarów i noszenia ciężkich przedmiotów (tragarze), zapadają prawie powszechnie na rozedmę płuc, która, zarówno jak i katary oskrzeli, wysoce usposabiają do przyjęcia lasecznika gruźliczego.

Robotnicy fabryczni stanowią 6,28%. Rekrutują się oni przeważnie z pośród pracujących w garbarniach, mniej zaś z pośród górników i giserów żelaznych fabryk.

Krawcy stanowili 2,8%, szewcy 1,9%.

O innych zawodach mówić nie mogę, gdyż liczba ich w szpitalach jest bardzo niewielką. Nie dowodzi to bynajmniej mniejszej częstoty pojawiania się gruźlicy wśród nich, lecz tłumaczy się mniej częstym odwiedzaniem szpitali przez przedstawicieli tychże zawodów.

Tutaj należą handlarze, brukarze, muzycy, urzędnicy, szwaczki, zecerzy i t. p.

By mieć pojęcie o rozprzestrzenianiu się gruźlicy wśród ludności gub. Radomskiej, zebrałem wiadomości o poborowych za lat 5 (1897—1901). Jak wiadomo, do poboru stają mężczyźni w 21 roku życia, a więc w okresie kończącego się rozwoju fizycznego. W ustawie poborowej wyliczone są pomiędzy innymi cierpienia uwalniające od wojska, które ja zaliczyłem do grupy gruźliczych, jakkolwiek rubryki te mieszczą w sobie i cierpienia nie gruźlicze. Lecz wychodziłem z tej zasady, iż najprawdopodobniej znakomita większość cierpień umieszczonych w rubrykach niżej wyszczególnionych należy do rzędu gruźliczych. Oto ich spis:

§ 1 lit. A głosi: żołzy ze stwardnieniami i obrzmieniem gruczołów, jak również z wysypkami, owrzodzeniami w różnych miejscach miejscach ciała lub też z wyraźnymi objawami upośledzonego odżywiania, zależnymi od tej skazy.

§ 9 lit. A. Zimne ropnie z próchnicą kości, zniszczeniem mięśni, ścięgien i chrząstek, lub też z objawami skazy.

§ 10 lit. A. Zastarzałe owrzodzenia przymiotowe, szkorbutowe lub gruźlicze; przetoki idące w głąb miękkich części lub jam lub też wywołane cierpieniem kości i chrząstek.

§ 12 lit. A. Przewlekłe cierpienia kości (próchnica, martwica).

§ 52 lit. A. Gruźlica, przewlekłe cierpienie płuc lub opłucny.

Następująca tablica wskazuje częstość występowania wśród poborowych wyżej wymienionych cierpień.

Rok	Liczba poborowych wogóle, którzy się do poboru stawili ¹⁾ .	Przyjęto do wojska	Uwolniono nazawsze	Z liczby uwolnionych osób korzystało z tego prawa wskutek następujących cierpień:					Razem
				§ 1 lit. A	§ 9 lit. A	§ 10 lit. A	§ 12 lit. A	§ 52 lit. A	
1897	7588	2339	380	5	3	11	12	7	38
1898	7307	2300	574	6	—	17	6	21	50
1899	6890	2225	460	7	—	13	14	9	43
1900	7302	2309	581	5	1	12	18	17	53
1901	7829	2643	677	7	1	15	14	7	44
Razem	36916	11786	2672	30	5	68	64	61	228

¹⁾ Z wyjątkiem chrześcian, korzystających z ulgi pierwszego stopnia.

A więc, z liczby 36916 uwolniono wogóle wskutek chorób 7,24%. Zaś wskutek gruźlicy wogóle 228, t. j. 0,61%. Wskutek gruźlicy płuc 61, t. j. 0,16%. Czyli, inaczej mówiąc: na 10000 żyjących mężczyzn w wieku lat 21 cierpi na gruźlicę płuc 16. Ponieważ jednak, prawdopodobnie, uwalniają tych, którzy mają bardzo wyraźne zmiany rozpadowe, przeto powiedzieć można tylko, że na 10000 mężczyzn w wieku lat 21—16 już jest w 3-m okresie gruźlicy płuc. Niewątpliwie, iż istotna liczba cierpiących na gruźlicę płuc jest znacznie wyższą. W tablicy powyższej uderza wysoka odsetka gruźlicy kości, która się zdarza wśród 0,17 poborowych. Ponieważ przeważny kontyngens poborowy stanowią chłopcy i żydzi, przeto najwidoczniej wśród tych dwóch warstw społecznych często się przytrafiają gruźlicze cierpienia kości ewentualnie stawów, co zależy prawdopodobnie od częstych urazów.

Wiadomości z więzień (Radomskiego i Sandomierskiego) nie potwierdzają spostrzeżeń, czynionych gdzieindziej, o częstym występowaniu gruźlicy wśród więźniów. W przeciągu lat 5 (1897—1901) w obydwóch więzieniach było więźniów 7689, zaś gruźliczych 40, co stanowi 0,52% ogólnej liczby. Z pośród tych 40 gruźliczych zmarło 14, co stanowi 35% gruźliczych. Tym więc sposobem na 10000 więźniów przypada 18,35 zgonów wskutek gruźlicy. Śmiertelność więc wskutek gruźlicy wśród więźniów jest prawie dwa razy mniejszą, aniżeli wśród wolnej ludności gub. Radomskiej, zaś zachorowalność wśród więźniów była by o połowę mniejszą od takiejże wśród wolnej ludności. Jakkolwiek w więzieniach panuje czystość i porządek, to jednak zbyt gęste skupienie więźniów w celach, brak spluwaczek, sypianie wspólne na narach w blizkiej od siebie odległości, sposób oczyszczania cel, winny by bardziej sprzyjać częstszemu zakażeniu, czemu jednak przeczą liczne dane. Śmiertelność gruźlicy w więzieniach jest większą, aniżeli wśród szpitalnych chorych. Wynosi bowiem wśród pierwszych 35%, wśród drugich 22 $\frac{1}{2}$ %.

Zjawisko to objaśnić można krótszym pobytom chorych w szpitalu i niewiadomością o ich dalszych losach.

Że więzienia są przepelnione dowodzą dane z Radomskiego więzienia. Ma ono miejsc 155. Tymczasem jednorazowo bywało najwięcej od 232—267 więźniów, najmniej zaś od 22—92. W Sandomierzu jest miejsc 210, więźniów zaś przecięciowo bywało od 145—196. To też w więzieniu Radomskim zarówno liczba gruźliczych, jak i liczba zgonów z gruźlicy jest znacznie większą, aniżeli w Sandomierskiem. W pierwszym bowiem było gruźliczych 27, t. j. 0,54% więźniów, a śmiertelność z gruźlicy wynosiła 51,8% gruźliczych chorych. Zaś

w drugim było gruźliczych 13, co stanowi 0,32% więźniów, śmiertelność 0%. Przypuszczać należy, że przebieg gruźlicy w więzieniu Radomskim jest bardziej złośliwy i bardziej szybki, aniżeli w więzieniu Sandomierskiem.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

467. Dr Fr. Sasse (Paderborn). **Przyczynek do połączonej brzuszno-krzyżowej, kroczonej lub pochwowej metody operowania umiejscowionych wysoko raków jelita stolcowego lub dolnej części okrężnicy.** (Deutsche med. Wochenschrift. № 43. 1903).

Operacja taka staje się możliwą w tych tylko przypadkach, gdzie nowotwór złośliwy jest jeszcze ruchomym. Za twórcę metody uważać należy Czerny'ego (1883r.), techniczne jednak szczegóły zabiegu opracowali francuzi; z niemieckich chirurgów dokonał operacji tej po raz pierwszy Sonnenburg w r. 1897, autor zaś wypróbował ją w czterech przypadkach, z których w trzech otrzymał wyzdrowienie, w jednym—wynik niepomyślny. Dla zaznajomienia się z techniką operacji nie od rzeczy będzie poznanie bliższe osobliwości uwięzionego powroźnikiem spostrzeżenia pierwszego (1900 r.), które dotyczyło 45—letniego mężczyzny.

Nowotwór rozpoczynał się tu na 8 ctm. powyżej odbytu, zwyrodniał odbytnicę kolisto, szerząc się tak daleko ku górze, że nawet po głębokim uśpieniu chorego niepodobna było wymacać górnego brzegu guza. Postanowiono przedewszystkiem wyswobodzić, wedle możliwości, odbytnicę drogą krzyżową, dotrzeć z kolei do górnej granicy raka przez brzuch i ostatecznie dokonać wyłuszczenia od dołu. Po wyrezekowaniu ossis sacri poniżej trzeciej dziury krzyżowej i wyosobnieniu odbytnicy możliwie daleko w kierunku bocznym, otworzono zatokę Douglasa's; przekonano się wówczas, iż nowotwór sięga aż do wzgórk (promontorium) i że przed guzem przebiega w poprzek przyrośnięta doń pętla jelita cienkiego, przyczem, na skutek rozpadu, istniała już łączność światła obu kiszek. Dalsze posuwanie się od dołu nie doprowadziłoby do celu, ranę więc wypełniono gazą tymczasowo, ułożono pacjenta w pozycji Trendelenburg'a i wykonano laparotomię. Po odsunięciu ku tyłowi i górze wypełniających miednicę małą pętlę jelitowych i starannem pokryciu tychże serwetkami, wycięto spojone z rakiem jelito na dług. 15 ctm., a po złaczeniu odcinków guzikiem Murphy'ego, pętlę tę również odsunięto ku górze. W dalszym ciągu operujący rozciął kreskę kątnicy esowatej w dolnej

jej części, zawiązał czasowo górny koniec jelita w serwetki i przystąpił do odłuszczenia raka, przyczem odbytnicę udało się na tępo oddzielić od kości aż do rany w okolicy krzyża. Po wycięciu podejrzanej tkanki łącznej przyodbytnicowej i podwiązaniu naczyń, operujący wyciągnął całe rectum przez tę ostatnią ranę wraz z częścią przylegającą jelita cienkiego i zaszył rozporek w otrzewnie na przedniej powierzchni kości krzyżowej; jamę miednicy małej wypełnił gazą, której koniec zwieszał się przez otwór rany na krzyżu, zaszył, wreszcie, doszczętnie ranę brzuszną. Ostatni akt rękoczynu wymagał ułożenia pacyenta, jak dla operacji kamienia. Guz odcięto na 4 ctm. powyżej odbytu i z pozostałej reszty jelita stolcowego wykrajano śluzówkę, poczem górny koniec kiszki przymocowano szwem do skóry odbytu. Rozległą ranę na wysokości krzyża zmniejszono ściegami kilkoma i resztę jej szczelnie wypełniono tamponem.

W okresie pooperacyjnym raz tylko jeden zauważono nieznaczne podniesienie ciepłoty (38°); mniej pomyślną była ta okoliczność, że jelito uległo zgorzeli na długości 10 ctm, skutkiem czego wytworzył się anus sacralis, z którym chory biedził się przez czas dłuższy. Po upływie 9 tygodni osiągnięto, wszelako, wyzdrowienie, sprawdzone jeszcze po latach trzech. Wolny od nawrotu osobnik cieszy się obecnie zadowalniającym stanem zdrowia; jest to też pierwszy, znany w piśmiennictwie, przypadek wyzdrowienia mężczyzny, któremu, prócz wycięcia odbyticy, dokonano nadto rezekeji jelita cienkiego.

Skombinowana metoda operacyjna u kobiet dokonywa się w sposób następujący: po odłuszczeniu przez otwór od laparotomii odbyticy i miednicowej części okrężnicy zstępującej (colon pelvinum) od kości krzyżowej, otwiera się poprzecznie sklepienie tylne pochwy, poczem odłuszcza na długości cięcia otrzewną dna miednicy dokoła kiszki stolcowej i tę ostatnią bądź drogą krwawą, bądź na tępo w kierunku bocznym i dolnym od kości. Ranę brzuszną tamponuje się tymczasowo, chorą układa na pośladki, operując dalej przez pochwę. Tylną jej ścianę rozciąć należy teraz żegadłem Paquelin'a od dziury w sklepieniu aż do wejścia (introtus), poczem ściana ta drogą mocnego pociągania na bok oddziela się łatwo, niemal bez kropli krwi od odbyticy, którą wyciąga się teraz jak pętlę zwyczajną. Guz leży teraz cały przed sromem (vulva) i rezekować można tenże guz bez trudu. Końce jelita łączymy guzikiem Murphy'ego, zespolenie wzmacniamy szwem, odprowadzamy w końcu kiszkę na miejsce właściwe. Po zaszyciu doszczętnem prawie ściany pochwowej (dwa paski gazy na wysokości sklepienia) zamykamy zupełnie ranę brzucha. Operowana w ten sposób pewna, 57-letnia, kobieta w rok po zabiegu jeszcze pozostawała w ogólnym stanie doskonałym. W trzecim przypadku (73-letni starzec) zejście niepomyślnie nastąpiło skutkiem sprawy zapalnej w otrzewnie; w przypadku czwartym, 53-letnia kobieta, dwa centnary ważąca, wyzdrowiała po operacji bez powikłań żadnych.

Autor uważa operację brzuszno-krzyżową u mężczyzny jako wskazaną we wszystkich tych przypadkach, gdzie rak sięga aż do zatoki Douglas'a lub głębiej jeszcze, gdzie więc boczne, przylegające do ścian miednicy, drogi chłonne uległy zakażeniu przez nowotwór; rów-

niez nader właściwą będzie metoda omawiana tam wszędzie, gdzie guz odbytnicy gnieździ się wysoko, zwłaszcza w obec sprawy złośliwej w miednicowej części okrężnicy. Sposób, opisany powyżej, ułatwia jak najbardziej doszczętną ekstirpację raka oraz pobliskich gruczołów i dróg chłonnych, a niebezpieczeństwo, o ile operuje chirurg doświadczony, nie jest większem, niż w razie zastosowania innych metod wysokiego odbytnicy wycięcia. *K. Niedzielski.*

468. M. Dityerychs. **Uwagi nad przyczyną objawów, zależnych od oparzeń rozległych, oraz nad leczeniem takowych.** (Russkij chirurg. Archiw. Tom. V. 1903).

Z licznego szeregu hipotez, za pomocą których usiłowano wytłumaczyć wpływ zgubny oparzeń na energię życiową ustroju (zalew krwią narządów wewnętrznych, zapalenie nerek, wyziębienie ustroju, upośledzenie sprawności skóry i t. p.), żadna nie zdołała sobie wywalczyć trwałej racyi bytu; rozwiązania zagadki szuka też autor gdzieindziej, a mianowicie w wynikach prac najnowszych Miecznikowa i Ehrlich'a, które udowodniły istnienie swoistych jądów komórkowych (cytotoksyn), z kąd obiecuje sobie wiele. Jak pouczają fakty już ustalone zupełnie, w przypadkach oparzeń stwierdza się: zmiany morfologiczne aż do zupełnego rozpadu czerwonych ciałek krwi, przedostanie się hemoglobiny do osocza (plasma) krwi, powstawanie zakrzepów i następczych w owrzodzeń jelitach, zmiany w komórkach ustroju nerwowego i inne jeszcze. Niewątpliwie, przyczyna ogólna tkwi tu w zmianach krwi jakościowych: po podwiązaniu moczowodów lub tętnicy nerkowej powstają działające w ustroju nader silnie trucie komórkowe; można słusznie przypuścić, że i na tle oparzeń wytwarzają się podobne zmiany rozkładowe, od których już zależą rozliczne chorobowe objawy. W obec oparzeń na przestrzeni wielkiej mamy przed sobą zniszczenie olbrzymiej ilości komórek i rozległe do wysysania wytworów rozpadu tertoryum—nie zatem prostszego, jak zbudowanie hipotezy powyższej.

Wychodząc z takiego punktu założenia, dr. D. dokonał pewnej ilości doświadczeń nad zwierzętami, pragnąc tą drogą unaocznic przyczynę, wywołującą przejście hemoglobiny do osocza, objawy spajania (aglutynacji erytrocytów) kulek krwi czerwonych i rozpuszczanie się osnowy tychże (stroma). Masowa zagłada czerwonych kulek nie może zależeć od samego tylko działania wprost ciepłoty wysokiej, bo sprawa zniszczenia postępuje wciąż naprzód i po ustaniu wpływu czynnika zgubnego; bez kwestyi zatem w krwi samej osobnika oparzonego wyradza się jakaś właściwość nowa i krew ta ulega warunkom bardzo nieprzyjawnym dla istnienia składających ją pierwiastków. Wyjaśnienie natury właściwości owej stanowiło też temat badań doświadczalnych.

Dwie piąte powierzchni ciała zwierzęcia (królika lub świnki morskiej) poddawano działaniu wody, ogrzanej do 90°, w ciągu sekund

12, przez zanurzenie; po upływie różnego czasu (1—50 godzin) za pomocą próbki wyjąłowanej, której zakrzywiony koniec wprowadzano do tętnicy szyjowej (art. carotis), zabierano zwierzęciu pewną ilość krwi do badania. Po zalutowaniu końca próbki oziębiano w lodowni domowej, a po strąceniu skrzepu, z upływem godzin 24, krew poddawano działaniu wirówki, przemywano 4 do 5 razy roztworem wyjąłowanej soli kuchennej (0,08^o/_o), otrzymując w ten sposób mleczankę z czerwonych ciałek krwi w roztworze słonym (z 5,0 krwi 100,0 emulsji). Trzeciego dnia zazwyczaj wykonywano z tą ostatnią doświadczenia w sposób następujący: do szeregu małych wyjąłowanych epruwetek autor nalewał po 20 kropel mleczanki wraz z 10 kroplami surowicy, poczem próbki wszystkie doprowadzał do jednego poziomu dolaniami wysterylizowanego roztworu soli. Mieszany te, po mocnem skłóceniu, spoczywały w cieplarni (37,5^o) przez dwie godziny, zkad przenoszono je znowu na dobę blisko do lodowni. Dane z sześciu doświadczeń (króliki i świnki morskie) doprowadziły do pewnych wyników, a mianowicie — przekonano się: że 1) działanie ciepłoty wysokiej na ustroj zwierzęcy redukuje się głównie do zupełnego lub częściowego zniszczenia składowych pierwiastków komórkowych krwi i tkanek; 2) zagłada elementów tych wiąże się z wytworzeniem i nagromadzeniem w ustroju trutek swoistych (hemotoksyn), które działają zgubnie nie tylko na komórki ustroju własnego (autotoksyny), lecz również i na inne osobniki zwierzęce tegoż gatunku (izotoksyny), choć w stopniu słabszym, nadto — na zwierzęta rodzajów innych (heterotoksyny); 3) powstawanie cytotoksyn posuwa się naprzód żwawo przez pierwsze 5 do 10 godzin po oparzeniu, poczem energia ta zamiera stopniowo; 4) prócz hemolizyn krew oparzonych zawiera i aglutyniny, od których zależą znów wikłające sprawę chorobową zakrzepy i zatory; 5) należy mniemać, że w stroju poparzonych istnieją inne jeszcze jady komórkowe, których wpływ poszczególny porównać można do wpływu hemolizyn i hemoaglutynin na pierwiastki krwi.

Jeżeli teoria cytotoksyczna wywaleczy sobie w nauce prawo obywatelstwa, wówczas i leczenie oparzeń zmieni się zasadniczo, a do przygotowania odtrutkowej surowicy swoistej wypadnie uczynić tylko krok jeden. Tymczasem i dziś jeszcze poprzestać musimy na terapii objawowej jedynie.

Środki lecznicze dzielimy podwójnie: na ogólne i miejscowe. Co do *terapii ogólnej* dbać należy o wzmoczenie ciśnienia krwi, o zmniejszenie t. zw. głodu tlenowego, o zmniejszenie, wreszcie, strat ciepła; ad 1) Wlewania ciepłego roztworu soli kuchennej (0,85^o/_o) są doskonalym do podniesienia ciśnienia w tętnicy nerkowej bodźcem, co wpływa znów na prędsze usunięcie z ustroju krążących tamże samotrotek. Zastrzyknąć trzeba pod skórę, do żył lub do odbytnicy 100 do 500,0 środka. Wskazaniu drugiemu czyni zadość wziewanie tlenu, tem skuteczniejsze, że krew osobników poparzonych wchłania tu nader chciwie. Oddaniu ciepła zapobiegają obwijania szczelne, użycie blaszanek, napój z lekkiej herbaty gorącej i t. p. Ze względu na silne podniecenie chorych skutkiem bólu wskazaną jest morfina; czuwać przytem należy i nad akcją serca, stosu-

jąc, w razie potrzeby, kamforę, jako środek najskuteczniej działający na muskulaturę serca i ciśnienie krwi; pacjentom zalecamy dietę mleczną wyłącznie, nader właściwą w obec zmian wyraźnych w mięszowych narządach wewnętrznych (nerki, jelita, dwunastnica).

Środków, któreby dawały znieczuzenie miejscowe, nie posiadamy wcale. Oparzenie zatem leczyć należy jako ranę zwykłą, która goi się przez narastanie ziarniny i zaciągnięcie blizną. Dokonywa się starannej i ostrożnej tualety miejsca oparzeń oraz bezguilnego, ułatwiającego wessanie; opatrunku. Cały zaś arsenał farmaceutyczny nie wytrzymuje krytyki—bo i po co? Oparzenie i tak zagoić się musi przez bliznę, często zniekształcającą bardzo znacznie; wszystkie zaś zachwalane posypywania i proszki mogą być również dobre, jak i złe, zależnie od ich własności hygroskopowych. Środki miejscowe wywierają wpływ dodatni pod innym względem zupełnie, co oeniło wyraźnie doświadczenie wieków. Mamy tu na myśli dobre wyniki, osiągnane z używania tłuszczów (maści, pasty, linimenta). Lubo chirurg stosuje leki te niechętnie, z uwagi na drażnienie rany ulegającym rozkładowi tłuszczem, tu jednak z zasady ogólnej uczynić wypadnie wyjątek, tłuszcze bowiem posiadają najmniejszy przewodnictwa ciepła współczynnik. Jeżeli zdolność tę oznaczymy dla wody przez 1, dla parafiny i waseliny otrzymamy cyfrę 0,0141, dla wosku 0,0087, dla oliwy prowanekiej 0,039 i t. p. Warstwa więc tłuszczowa, gruba na milimetr, dobrze zabezpieczy chorego przed traceniem ciepła, tem lepiej, o ile w maści tej nie ma związków metalowych. Drugą, nader ważną, zaletą opatrunków tego rodzaju jest łatwość ich zdjęcia, a już A. Paré podnosił ten niesłychanie dla chorego względ ważny. „Epargner la douleur c'est epargner la vie des hommes“—i słusznie.

K. Niedzielski.

II. Choroby kobiet i akuszerya.

469. Müller. O pochodzeniu eklampsyi. (Arch. f. Gyn. Bd. 66. Hft. 2).

Autor podaje nową teorię powstawania eklampsyi. Jednakowe zmiany anatomiczne w różnych narządach w eklampsyi wskazują na ich wspólne pochodzenie, podobieństwo zaś zmian tych ze spotykanymi w zatruciach naprowadza na myśl, że i w eklampsyi istnieje zatrucie. Badania nie wskazują, aby wyłącznie i zawsze jeden i ten sam narząd w eklampsyi był dotknięty, dlatego autor wnosi, że toksyna wytwarza się po za tymi narządami. Przeciwno temu, aby płód i łożysko miały być źródłem toksyny przemawiają przypadki eklampsyi w okresie poporodowym, z tego powodu Müller szuka źródła tej toksyny w organizmie matki. Ta okoliczność, że eklampsya wydarza się w drugiej połowie ciąży, podczas porodu i w położu pozwala przypuścić, iż koniecznym warunkiem do powsta-

nia eklampsyi bywa stan puerperalny macicy, którego wyrazem głównie jest zwiększona zdolność wchłaniania narządu tego. Miejscem więc wytwarzania się toksyny, właściwej eklampsyi, bywa błona śluzowa macicy, przez którą toksyna przenika do krwi. I, rzeczywiście, w eklampsyi, już na początku jej, następuje podwyższenie ciepłoty, czego brak przy innych drgawkach, zarówno jak i w innych zatruciach. To zjawisko jest bardzo charakterystyczne dla eklampsyi, gdyż ono wskazuje na to, że pochodzenie eklampsyi jest analogiczne z gorączką rezorbeyną, a podstawą jego—rozwój mikrobów na błonie śluzowej macicy. Ta analogia pomiędzy eklampsją a gorączką resorbeyną ujawnia się także i w przebiegu obydwóch tych cierpień i w warunkach, w jakich powstają. Tak np. podczas porodu oba cierpienia występują głównie u pierworódek, szczególnie starych, przy niepodatności części miękkich, przy ścięsnionej miednicy, nieprawidłowem ustawieniu się części przodującej, przy przedwczesnem odejściu wód i przy bólach nieprawidłowych, słowem, w przypadkach, prowadzących do ucisku tkanek, nagromadzeniu się, a w następstwie i rozkładaniu się wydzieliny. Nadto, w obydwóch cierpieniach rokowanie zależnem bywa od czasu wystąpienia objawów choroby. Eklampsya występuje wówczas, gdy wielkie ilości silnej toksyny organizm odrazu rezorbuje.

Eklampsya, zdaniem Müller'a—to odczyn ustroju na wtargnięcie toksyn, do których on nie może się przystosować.

Zatrucie krwi matki pierwiastkami toksycznymi nastąpić może i podczas ciąży. Wskutek zgorzeli na decidua i rozpadu komórek przy katarze błony śluzowej wytwarza się materiał, szczególnie u wieloródek, podlegający rozkładowi, przy obecności bakteryi, który wskutek zrośnięcia blaszek decydualnych zatrzymuje się w jamie macicy i wydalony może być tylko drogą naczyń krwionośnych.

Odnosnie leczenia autor zaznacza: 1) *indicatio causalis* sprowadza się do tego, aby uwolnić macicę od „rozpadającego się materiału“ i znieść czynniki wpływające na rezorbeyę. Dlatego przy wystąpieniu eklampsyi podczas ciąży wskazanem bywa sztuczne rozwiązanie (rozszerzenie szyi macicznej, rozerwanie pęcherza i t. p., a w pewnych razach i cięcie cesarskie), podczas porodu—możliwe przyspieszenie samego aktu porodu, a w położu—uwaga nad dostatecznem zwinięciem i odpowiedniem położeniem macicy. 2) *Indicatio morbi* ma na celu, usunąć z ustroju toksyny i dlatego są tutaj wskazane: kąpiele gorące, owijania, środki czyszczące, upust krwi i zmiana składu krwi przez wprowadzenie do ustroju rozezynu fizyologicznego soli. 3) Leczenie objawowe, a mianowicie, stosowanie środków narkotycznych—zdaniem autora, powinno pozostawać na planie ostatnim. *J. Jaworski.*

470. Blumreich i Zuntz. Badania doświadczalne i krytyczne nad patogenezą eklampsyi.

Przyczyny bezpośrednie, które mogą powodować drgawki porodowe, są trojaki: nasamprzód, mogą działać na system nerwowy cen-

tralny—bodźce nieprawidłowe; powtórnie, mózg znajdować się może w stanie nieprawidłowego pobudzenia, wreszcie, następuje kombinacja obu tych momentów. Odnośnie cechy czynników, które wywołują podrażnienie systemu nerwowego, wypowiedziano najrozmaitsze przypuszczenia.

Całozbiór zmian anatomicznych, spotykanych w eklampsyi, upoważnia do wniosku, że one są wynikiem zatrucia przez krążącą we krwi toksynę. Cechy i pochodzenie toksyny tej, pomimo badań, dotychczas są nieznanne.

Co się tycze drugiego punktu, to doświadczenia na zwierzętach ujawniły, iż w celu wywołania drgawek u zwierzęcia ciężarnego, wypada użyć o wiele mniejszą ilość kreatyniny, niż u zwierząt niebrzemiennych. Autorzy ci wyprowadzają ztąd wniosek, że mózg zwierzęcia brzemiennego znajduje się w stanie nieprawidłowej pobudliwości.

J. Jaworski.

471. Schmorl. **Przyczynek do nauki o eklampsyi.** (Arch. f. Gyn. Bd. 65. Hft. 2).

Autor spostrzegł w klinice Drezdeńskiej 3 przypadki śmierci u rodzących. Wszystkie te kobiety zmarły w drugiej połowie ciąży, podczas coma. U dwóch z nich wystąpiła uprzednio wybitna żółtaczką, a u 3-ej białkomocz wtedy, gdy straciła przytomność. Przy badaniu pośmiertnym u wszystkich znaleziono prawie jednakie zmiany, a mianowicie: zmiany w nerkach, krwotoczne zawały w wątrobie, zwyrodnienie parenchymatyczne mięśnia sercowego, wybroczyiny w istocie mózgowej, oraz w narządach męszkowych zakrzepy czerwone i białe. Autor uzasadnia, że zmiany te, nie wyłączając sprawy chorobowej w wątrobie, właściwe są eklampsyi, brak zaś drgawek tłumaczy działaniem na system nerwowy bardzo złośliwej toksyny, która spowodowała jego porażenie.

Przypisek referenta. Do hipotez i teorii powstawania eklampsyi, jak z powyższego widać, przybywają coraz nowe. Największą obecnie popularnością, szczególnie w Niemczech, cieszy się jednak ta teoria, która wprowadza toksynę, właściwą eklampsyi, jako produkt nieprawidłowej przemiany materii płodu. Wszystko, co stać się może przeszkodą do wydalania tej toksyny uważam bywa za czynnik usposabiający do wybuchu eklampsyi, a więc stare sprawy chorobowe nerek, i, wogóle, wszystko, co prowadzi do zmian w ich czynności wydzielniczej, nawet przekrwienia, zatrzymanie moczu przy trudnym porodzie; następnie, niedomoga mięśnia sercowego; t. zw. małe serce u chlorotyczek; wady serca, sprawy chorobowe wątroby etc. I w badaniach autorów niemieckich ujawnia się obecnie także zapatrywanie na eklampsję, jako chorobe, w której cierpienie systemu nerwowego odgrywa dużą rolę. Tego punktu widzenia przestrzegali już dawniej autorzy angielscy i francuscy, który tak trafnie określił w znanym zdaniu Barnes: „on peut dire que la grossesse et la pierre de touche de la solidité du système nerveux“.

J. Jaworski.

III. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

Z Towarzystw Lekarskich Francuskich.

472. Lannelongue. *Dziedziczny przymiot kości. Choroba Parrot'a i Paget'a.* W każdym okresie życia ludzkiego przymiot dziedziczny wyciska odrębne swe piętna chorobowe, które różnią się od zwykłych postaci nabytego przymiotu. Na rodzaj właściwości tych i wiek pacyenta nie pozostaje bez wpływu. Odróżniać tu należy trzy nader wybitne odmiany kliniczne, a mianowicie objawy ze strony kości u noworodka, zaburzenia i zniekształcenie w okresie wzrostu kości u dziecka i młodzieńca, wreszcie, typowy obraz chorobowy u dorosłych i starców (maladie de Paget).

473. Joffroy. *O zapobieganiu pijaństwu.* Autor uwagi swe streszcza w sposób następujący: 1) Wszystkie esencje naturalne i sztuczne, wyciągi wysokokowe oraz napoje, mające z wódką lub winem jakikolwiek związek, są szkodliwe. 2) Ze względu na niewątpliwe napojów wysokokowych działanie ujemne należy zabronić ich sprzedaży, lub ją opodatkować tak wysoko, by kupno wódki nie dla każdego było dostępnem. 3) Używanie gorzałki naczem jest rzeczą zgubną, gdyż wówczas sprawa wysysania postępuje daleko prędzej i wzmacnia się jadowitość wysokoku. Akademia wyraziła życzenie, by przedsięwzięto środki skuteczne, celem zmniejszenia ilości handelków z napojami wysokokowymi. (Académie de médecine. 3/III. 1903).

474. Appert. *Zatrucie ołowiem u oprawiaczy perel.* Autor spostrzegł kolkę ołowianą i objawy, właściwe zapaleniu wyrostka robaczkowego, u robotników, których zajęcie polega na obsadzaniu perełek w przedmiotach biżuterii złotej. Szkodliwą bywa tu głównie t. zw. woda ołowiana (roztwór wodny węglanu ołowiu), która wchodzi w skład powłoki, zabezpieczającej perłę od przedostawania się przez nią złota, co odbijało by się ujemnie na jej białości. Robotnik zlizuje zwykle nadmiar powłoki, przedostający się po za obsady. U tego rodzaju chorych rodzaj umiejscowienia moenych zazwyczaj bólów brzucha naprowadza nieraz na dyagnozę błędną sprawy zapalnej w wyrostku. W jednym takim przypadku, po dokonaniu cięcia, znaleziono wyrostek zdrowym, a błąd rozpoznawczy sprostowała obecność obwódki swoistej na dziąsłach. Lamy radzi krew badać w przypadkach wątpliwych, gdyż zapalenie wyrostka robaczkowego (appendicitis) towarzyszy stale leukocytoza.

475. Mendel. *Leczenie miejscowe gruźlicy płuc.* Sposób polega na codziennem zastrzykiwaniu do tchawicy 9,0 roztworu 5% wyciągu eucalypti w oliwie wyjałowionej. Leczenie trwa miesiąc, a po kilkotygodniowym odpoczynku dokonywa się nowej serii zastrzyknięć. Chorzy zabieg ten znoszą bardzo dobrze. W wielu przypadkach stwierdzono polepszenie się oddechu, wybitne zmniejszenie lub usunięcie całkowite kaszlu wraz z plwociną, wreszcie, poprawę co do

objawów wysłuchowych. Stan ogólny nieraz polepsza się wyraźnie, przyczem pacyenci zyskują na wadze.

476. Gaillard. *Leczenie kolki ołowianej za pomocą t. zw. enemy elektrycznej.* Enemę stosowano tam, gdzie zachodziła wątpliwość natury rozpoznawczej pomiędzy niedrożnością jelit i kolką ołowianą. Wyniki zadowalniające następowały tak prędko, że G. zaczął stosować lawatywę ową systematycznie we wszystkich tych przypadkach, w których nie można było przewyciężyć zastójki kału ani środkami czyszczącymi, ani też drogą wlewań. Leczenie, w mowie będące, zastępuje środki owe w zupełności i pomaga nawet wobec ciężkich postaci porażenia kiszki, postaci — towarzyszących nieraz kolce ołowianej. (Soc. méd. des hopitaux. 6—20/III. 1903).

477. Tuffier. *Wycięcie gruczołu krokowego (prostatektomia).* T. zdaje sprawozdanie z sześciu przypadków odnośnych, z których cztery dotyczyły zwykłego tylko przerostu. Rozkawalenie stosuje się w najgorszym razie tylko. Na cewkę nakładać należy jedynie szew częściowy. Prostatektomia wskazana jest wtedy, gdy zakładanie cewnika nie wystarcza i wywołuje ból.

478. Lejars. *O zwknięciu łokcia na zewnątrz.* W 3-ch przypadkach nie dającego się nastawić zwknięcia wykonano rezekcyę. Wyniki były zaledwie znośne. L. prowadzi dwa cięcia, dzięki czemu mięsień trójgłowy pozostaje nietkniętym. Championnière i Quénu zalecają cięcie środkowe, dające dostęp rozległy, przyczem unika się zetknięcia z nerwem łokciowym. Nélaton znów oddaje pierwszeństwo metodzie Ollier'a (procédé semi articulaire).

479. Bazy. *Leczenie złamań rzepki.* Autor przedstawił na posiedzeniu 58-letniego mężczyznę, który, mając lat 17 wieku, uległ złamaniu rzepki. Badanie wykazało, że pomiędzy dwoma odłamami istnieje 10 ctm., przynajmniej, przestrzeń, nie wypełniona tkanką żadną. Osobnik chodzi dużo i kuleje nieznacznie, z czego jednak nie należy wnioskować, iż zabieg chirurgiczny w obec złamań tego rodzaju jest niepotrzebnym. B. odróżnia złamania pośrednie, gdzie rozejście się odłamów bywa zawsze wyraźnem i bezpośrednio z dewiacją nader nieznaczną; w tym ostatnim razie można stosować metodę wyczekującą. Inne wymagają rękoczynu, nałożenia szwu lub t. zw. opisania obręczą. Za część niesłychanie ważną operacji uważać wypadnie staranne oczyszczenie stawu i usunięcie żeń wylewu krwawego. Odłamy spaja się lub zbliża nitką srebrną, którą tkanki znoszą doskonale. Unieruchomienie spoczywa przez dni 10 do 25. Autor nie radzi zbyt wczesnych prób chodzenia. skutkiem czego odłamy mogą uleść rozejściu, a zeszyte samo może pójść na marne.

479. Delagénière. *Cięcie przewodu wątrobowego (hepatotomia) w przypadku kamicy.* Kobieta od lat dwunastu doznawała ciężkich napadów kolki wątrobowej. Po dokonaniu laparotomii bocznej pęcherzyk żółciowy znaleziono pustym, a żółciowód — niezmięcionym zupełnie. Ponieważ na wysokości wnęki (hylus hepatis) wyczuwano kamień, rozciął pęcherzyk i przewód (ductus cysticus), a po przedostaniu się do żółciowodu (ductus choledochus) zauważono, że kamień siedział w przewodzie wątrobowym (canalis hepaticus). Jakoż,

po rozcięciu tego ostatniego, przez otwór wydobyto dwa kamienie, poczem na narząd ów nałożono szew, jak również i na dodatkowe drogi żółciowe. Przebieg dalszy był prawidłowym zupełnie i obecnie operowana czuje się bardzo dobrze.

480. Walther. *Przetoka pęcherzo-kiszkowa*. Spostrzeżenie dotyczy pewnej kobiety, u której na skutek istniejącej przetoki jelito-pęcherzowej w ciągu dwóch lat podejmowano operację trzykrotnie. Cierpienie było następstwem uporczywej sprawy zapalnej (pelvi-peritonitis), która wyłoniła się z dodatków przymacicznych (adnaksów). W przebiegu operacji ostatniej autorowi udało się wyosobnić całkowicie jelito od pęcherza i stwierdzić obecność dwóch przetok dość rozległych na odbytnicy i kiszce cienkiej. Tę ostatnią, jako większą, zobojętniono drogą wPOCHWlenia (invaginatio) końca górnego do dolnego. Zrazu wylewała się obficie przez ranę zawartość jelit, z biegiem jednak czasu ilość wysięku zmniejszała się stopniowo i po upływie dwóch miesięcy, z ustaniem wydzieliny, przetoka zamknęła się na dobre. Stan kobiety tej jest obecnie wyborny.

W zawiązanej przy sposobności tej dyskusji Delbet przytoczył swój przypadek fistulae vesico-intestinalis z niezbyt zadowalniającym wynikiem. Dobra zrazu blizna operacyjna na brzuchu rozeszła się w czas jakiś, a z głębi wydzielala się ropa i kał. Obecnie stan chorego uległ, wprawdzie, pewnej poprawie, wszelako, o wyzdrowieniu nie może być mowy. Od czasu do czasu przez przetokę w podbrzuszu wydostają się gazy i sączy ciecz kałowa, otrzymywana również i przez cewkę. W nader podobnym przypadku Tuffier'a otrzymano zejście niepomysłne po upływie godzin 48 na skutek rozlanego zapalenia otrzewny. I chory Bazylego zmarł po upływie dni kilku po operacji wśród objawów zakażenia moczowego. Terrier mniema, że w przypadkach takich należy wykonać bezzwłocznie powyżej ognisk chorobowych odbył sztuczny, poczem szanse zakażenia w przebiegu operacji wtórnej są znacznie mniejsze. (Soc. de chir. 4—25/III 1903).

K. Niedzielski.

IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie d. 1 września 1903 r.

Prof. Hoyer i Jaworski wygłosili odczyt p. t. „Uwagi nad ciężą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego oraz przyczynek kliniczny do tej cięży“.

Hoyer zaznacza, że zaśniad, dostarczony przez Jaworskiego do pracowni Towarzystwa lek. w celu przygotowania skrawków mikroskopowych, przedstawiał stosunkowo znaczną objętość, pokryty był w części skrzepami krwi i nie zawierał już wyraźnego śladu zarodka. O pochodzeniu tego tworu i o rezultatach badania drobnowidzowego podaj sam Jaworski szczegóły bliższe.

Obok skrawków z zaśniadu Hoyer przedstawił skrawek z normalnej kosmówki (chorion) zarodka ludzkiego oraz skrawek z początkowego okresu rozwoju łożyska u kota, gdzie widać przenikanie strzępków kosmówki do zagłębień w bujającej błonie śluzowej macicy.

Dla wyjaśnienia różnic pomiędzy kosmówką normalną i patologicznie zwyrodniałą Hoyer podał krótki szkic znanych wiadomości o rozwoju kosmówki, jej udziale w tworzeniu łożyska i dalszej przemianie w powłokę o gładkiej powierzchni (chorion laeve). Przedstawił przytem 2 kosmówki ludzkich zarodków około 6 tygodniowych, niby normalne, ale pochodzące również z poronień i zawierające tylko ślady zanikłych i zmacerowanych zarodków. Hoyer zwrócił uwagę na szczególne warunki, jakie zachodzą niewątpliwie przy wytwarzaniu zaśniadu groniastego. Normalnie kosmówka odżywia się krwią, przepływającą przez naczynia samego zarodka, a rychło przemienia się w błonę gładką. Przy powstawaniu zaś zaśniadu zarodek zdaje się wcześniej obumierać, kosmówka jednak nie utracą żywotności, lecz przeciwnie rozrasta się nadmiernie, czerpiąc zapewne pożywienie z błony śluzowej macicy, silnie rozpułchnionej i przekrwionej.

Ja worski w swym odczycie na wstępie zaznacza, iż nad ciążą zaśniadową poczęto pracować pilniej od chwili ogłoszenia przez Saenger'a (1889) opisu nabłoniaka kosmówki oraz od czasu podstawowych badań anatomopatologicznych nad patogenezą zaśniadu groniastego.

Przypadek ciąży zaśniadowej, spostrzegany przez prelegenta, dotyczył 34-letniej kobiety, która 4 razy rodziła prawidłowo, a 2 razy ronila, a przed rokiem po 4 $\frac{1}{2}$ miesięcznej ciąży wydała na świat przedstawiony tutaj zaśniad groniasty. U pacjentki podczas ciąży co pewien czas występowała zapaść z podrażnieniem otrzewny, a wielkość macicy, co parę dni, ulegała chwilowej zmianie. Macica powiększała się, a wówczas dno jej wyczuwać się dawało na 2 $\frac{1}{2}$ palca poprzeczne powyżej poziomu, jakiego zwykle sięgało. Tym wahaniom wybiłym w wielkości macicy towarzyszyło właśnie podrażnienie otrzewny. Na parę dni przed urodzeniem zaśniadu, u osoby dotychczas zupełnie zdrowej, pojawiło się krwioplucie, przy temperaturze 37,8—38,6, a w lewym płucu stwierdzono zawał krwotoczny. Poród zaśniadu (w V-ym miesiącu ciąży) ukończył się samoistnie, bez rękoczynu wewnętrznego. Wahanie w wielkości macicy J. tłomaczy chwilowem nagromadzeniem się większej ilości krwi w jamie macicy, która to krew wywoływała podrażnienie, a tem samem skurcz mięśni i utrudniony odpływ. Ztąd i podrażnienie otrzewny.

Zdaniem J., rolę czopka zatorowego odegrał tutaj wprost kawałek zaśniadu, może całe jego gronko, a ponieważ zaśniad, jak sądzić można na podstawie przebiegu klinicznego, nie zawierał w sobie pierwiastków nowotworowych złośliwych, więc i do bujania, na miejscu przerzutu—w płucu—dojść nie mogło.

Zaśniad, według J.,—stanowi wynik nieprawidłowego bujania nabłonka kosmków, z równoczesną przemianą wsteczną i następczą zgorzelą tkanki. Dalej prelegent kreśli obraz budowy zaśniadów, t. z. łagodnych (mola benigna) i złośliwych (mola maligna), a także charakteryzuje stosunek tych ostatnich do nabłoniaków kosmówkowych.

W ostatecznym wniosku—na podstawie obecnych poglądów—J. twierdzi, że odnośnie charakteru zaśniadów—niewinnych i złośliwych istnieje równorzędność anatomiczna i kliniczna.

W dyskusji Sokołowski zaznacza, że przebieg kliniczny cierpienia każe raczej przypuszczać, że mieliśmy tu do czynienia z zawałem płucnym, pochodzącym ze zwyczajnego zatoru z żył macicznych, a nie z przerzutami nowotworu.

Steinhaus przypomina, że nabłoniaki kosmówkowe według (chorion—epithelioma malignum) poglądów obecnych powstają zarówno z nabłonka normalnych kosmków, jak i z nabłonka kosmków zaśniadu groniastego łagodnego i złośliwego. Utożsamiać zatem nabłoniaków kosmówkowych z zaśniadem nie należy, jak również nie należy odróżniać zbyt subtelnie kategorii zaśniadów łagodnych z przerzutami i złośliwych, przebiegających bez nich.

Zasadnicze kategorie: zaśniad groniasty łagodny, złośliwy i chorionepithelioma wystarczą zupełnie, jeśli pamiętać tylko, że przejście pierwszego lub drugiego w trzecie jest zawsze możliwe i że nowotwór niewątpliwie złośliwy przebiegać może niekiedy bez przerzutów. Dalej S. podaje różnice anatomiczne pomiędzy zaśniadem groniastym złośliwym i łagodnym oraz pomiędzy zaśniadem i chorionepithelioma. Co dotyczy przypadku Jaworskiego, to jest on, zdaniem S., pospolitym, a nie rzadkością, bowiem zaśniad groniasty łagodny — a do tej kategorii zaliczyć należy omawiany przypadek—na podstawie osobistego doświadczenia uważa S. za zjawisko względnie nie rzadkie. Dalej, Steinhaus występuje przeciw interpretacji objawów płucnych, podanej przez J. Nie był to, zdaniem S., przerzut nowotworowy, a zwykły infarkt płucny wskutek zatoru, któremu początek dał zapewne, kawałek zaśniadu; nie mamy prawa jednak na podstawie objawów klinicznych podejrzywać w infarkcie tym bujania nowotworowego.

Jaworski odpowiada, że w przypadkach zaśniadu groniastego liczba i wielkość komórek kosmówki, a zarazem zdolność ich do bujania jest o wiele większą, niż w ciąży prawidłowej.

Procent ten w zaśniadach złośliwych przyjmuje wprost rozmiary wielkie. Badanie zaśniadów groniastych wykazuje bardzo znaczne wybujanie obu warstw nabłonka kosmków. W podścielisku kosmków zaśniadu, po którym rozwinęło się Chorionepithelioma, znajdują się zawsze t. zw. olbrzymie komórki Neumann'a. Dlatego anatomo-patologowie wyrażają się oględniej, niż to czyni Steinhaus, odnośnie tego, że zaśniad groniasty złośliwy i nabłoniak kosmówkowy są procesami różnymi. Subtelne odróżnianie oddzielnych zaśniadów ma dla klinicysty duże znaczenie praktyczne.

J. nie uważa swego przypadku za rzadkość, sądzi jednak, że wyróżniają go pewne cechy od notowanych dotąd, a mianowicie wahanie w wielkości macicy z podrażnieniem otrzewny.

II. W końcu posiedzenia prof. Hoyer demonstrował przyrząd do kryoskopowania, t. zw. pectoscop pomysłu Zikel'a, którego modyfikacja polega głównie na dodaniu mechanicznego aparatu do poruszania sondy zamrażaniu płynów.

Posiedzenie d. 15 września 1903 r.

I. A. Kozerski przedstawił przypadek sklerodermii u 7-letniej dziewczynki. K. zwrócił uwagę na niezwykłość tego przypadku ze względu na wiek chorej; dalej zaznaczył kierunek smug sklerodermicznych, jak w półpaści i podkreślił rzadko ze sklerodermią napotykaną pokrzywkę, która przemawia za współdziałaniem nerwów naczyniowych. Przykurczenia w stawach, naokoło których skóra jest prawidłowa, przemawiają za zmianami w ośrodkach nerwowych.

II. Lubelski M. przedstawił 2-ch chorych; jednego w 16 dni, drugiego w 3 miesiące po operacji guzów krwawnicowych, dokonanej metodą lekarza rumuńskiego Verresco. Metodą tą L. operował już 25 chorych i uważa ją za lepszą od metody Whitead'a o tyle, że daje na 9 lub 10-ty dzień rychłozrost, jest łatwiejsza w wykonaniu i towarzyszy jej znacznie mniejsze krwawienie. W porównaniu z nakładaniem ligatury i odżeganiem metoda Verresco jest o tyle lepsza, że nie daje następczych pooperacyjnych bólów, zwężeń i krwotoków, które czasami bywają śmiertelne.

L. przedstawił technikę operacyjną, korek gumowy swego pomysłu, używany przy tym rękoćzynie, fotografie zdjęte w różnych momentach operacji i preparaty guzów krwawnicowych, wyciętych pod postacią wianka.

III. Rzętkowski przedstawił wątrobę z bąblowcem, operowaną metodą Talma'y.

IV. Neugebauer przedstawił kilka tanich i praktycznych przyrządów elektrycznych do oświetlania gardła i nosa.

V. Borzymowski: a) przedstawił przyrząd do podawania ligatur, składający się z gumowej przepaski i niklowanej szpulki, i automatyczne zamykadło do rygatorów; b) przedstawił chorego po uranoplastyce. Dobry wynik po operacji B. przypisuje po raz pierwszy zastosowanej przez niego modyfikacji, polegającej na obszyciu gaza jodoformową odłuszczonej od podniebienia i zeszytych ze sobą płatów.

c) B. przedstawił chorego, któremu przed 6 miesiącami zeszył serce z powodu rany krążącej prawej komory.

d) B. odczytał pracę p. t. „Trzy przypadki zeszywania ran serca i teoria zszywiania ran serca“. Wnioski prelegenta są następujące:

1) Przy cięciu skórny nie należy dotykać rany pierwotnej, ani narzędziem, ani palcami; 2) przed wycięciem kostnego płatu trzeba wyciąć część 5-ej lewej chrząstki, wejść palcem przez ten otwór do śródpiersia i odłuszczyć osierdzie i opłucną od okolicy projektowanego płatu, ażeby cała operacja dokonana była poza granicami opłucny.

3) Po wycięciu płatu kostnego sposobem podanym wyżej, należy odłuszczyć osierdzie od tylnej powierzchni mostka; 4) obszyć zeszytą ranę serca osierdziem, aby pozostała poza jamą osierdzia, 5) połączyć tylną jamę osierdzia z lewą opłucną.

W dyskusji Sztayner opisuje własny przypadek zeszywania rany prawego serca, zakończony wyzdrowieniem i przychodzi do wniosku, że omijanie pierwotnej rany serca jest rzeczą zbyteczną, zarówno jak

i unikanie otwierania płucny, która w przeważnej liczbie przypadków ran serca jest otwarta, wreszcie S. na podstawie własnego przypadku sądzi, że nie należy zeszywać osierdzia.

Poczem zabierali głos w tej sprawie: Oderfeld, Przyborski i Sławiński.

Posiedzenie d. 29 września 1903 r.

I. Borzymowski przedstawił chorego, któremu przebito nożem szczękę górną tak, że nóż sterczał ostrzem w nozdrzach tylnych (choanae). Przy uderzeniu przecięta została spojówka oka. Pomimo wypięcia gałki ocznej siatkówka została uszkodzoną i chory widzi dobrze. W oczodole tkwił odłamek noża długości $8\frac{1}{2}$ ctm., a szerokości 2 ctm. Chory o tem ciele obcym nie wiedział.

II. St. Kopczyński przedstawił chorą, dotkniętą zupełnem porażeniem nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego w następstwie ucisku, spowodowanego nałożeniem na ramię rurki gumowej przy wyjmowaniu igły, która utkwiała chorej podczas prania w okolicy stawu napięstkowego. K. podnosi rzadkość zupełnego porażenia wszystkich trzech nerwów po ucisku chirurgicznym, przyjmuje t. zw. urazowe zwyrodnienie nerwów w okolicy ucisku, wobec jednak braku wyraźnego odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach uważa za możliwe restitutio ad integrum.

III. K. Rzętkowski odczytał rzecz p. t. „Działania katalityczne i zaczynowe“.

Autor najpierw przedstawił bardziej typowe sprawy katalityczne pod wpływem kwasów, zasad i metali koloidalnych, zaznaczył analogie i różnice pomiędzy zmianami katalitycznymi in vitro a zaczynowymi in vivo, określił zaczyny, jako katalizatory koloidalne pochodzenia protoplazmatycznego, i przedstawił na przykładach niektóre rzadziej spotykane w literaturze codziennej zaczyny (oksydazy, lipazy, plasmazy i t. p.). W końcu R. poruszył stosunek nauki o ciałach, uodporniających do nauki o katalizie i działaniach zaczynowych.

W dyskusji Pruszyński zaznaczył, że pojęcie cząsteczki uległo w ostatnich czasach zmianom zasadniczym i że te same własności, jakimi obdarzone są fermenty roślinne i zwierzęce, posiadają również koloidalne związki złota, platyny i innych ciężkich metali; dalej P. przypomniał o t. zw. czynnościowych ciałach białkowych (Nencki) i zaznaczył, że twierdzenie Pasteur'a, jakoby fermenty były produktami komórki żywej, utrzymać się nie da.

Posiedzenie d. 6 października 1903 r.

I. Szteyner przedstawił chorego, wyleczonego z rany drążącej serca.

II. Neugebauer przedstawił rzekomego obojnaka.

III. Prezes Dunin wygłosił odczyt p. t. „O ciśnieniu krwi w arteriosklerozie“. Mówca przeprowadził około 400 badań nad chorymi, dotkniętymi arteriosklerozą, stosując do mierzenia ciśnienia aparat Riva Rocci, zaś w praktyce prywatnej tonometr Gaertner'a.

Z badań swych mówca wyciąga wnioski, że nie w każdym przypadku miażdżycy tętnie ciśnienie bywa wzmożone (tylko u 80% chorych), że u nie których chorych stwierdzamy tylko metaliczny drugi ton aorty. Brak wzmożonego ciśnienia w miażdżycy zależy może od zajęcia głównie drobnych tętniczek. Przypadki miażdżycy ze wzmożonym ciśnieniem podzielić można na 2 kategorie: 1) chorych bez skarg ze strony układu naczyniowego; 2) chorych z różnymi skargami z tej dziedziny. Następnie mówca rozpatrzył udział nerek w sprawie miażdżycy. U chorych z wysokim ciśnieniem w 35% wykryto białko w moczu. Co 4-y chory z badanych przez mówcę cierpiał na angina pectoris. Poprawa w stanie ogólnym nie idzie ze spadkiem ciśnienia, wyłączając tych chorych, u których stosowano energiczną kurację odłuszczejącą. W dyskusji Pawiński zaznaczył, że badania sfigmomanometryczne i tonometryczne wykazują nam właściwie nie ciśnienie krwi, lecz napięcie naczyniowe, w którego skład wchodzi: 1) ciśnienie słupa krwi w ciśnieniu znaczeniu tego wyrzutu i 2) napięcie ścian naczyniowych (Tonus); te części składowe napięcia naczyniowego nie zawsze idą ze sobą w parze. Największy wpływ na wysokość ciśnienia krwi oprócz utraty elastyczności ścian w drobnych tętnicach, wywiera samo serce i ośrodek naczynioruchowy, również pewną rolę odgrywa tu t. zw. sekrecja wewnętrzna (nadnercze, gruczoł tarczowy, jajniki i t. p.), która może być przyczyną t. zw. samoistnych przerostów serca. Dalej P. mówił o przyczynach, wywołujących spadek ciśnienia w arteriosklerozie (osłabienie czynności serca, rozciągnięcie naczyń przy utracie elastyczności, zmniejszenie się ilości krwi wskutek następczej anemii, charłactwa). P. występuje przeciw stosowaniu kąpieli z kwasem węglowym w przypadkach miażdżycy o wysokim ciśnieniu, zaś złudzenia co do możliwości leczenia arteriosklerozy t. zw. „surowicą“ Truncenek'a uważa za śmieszne. Badanie sfigmomanometryczne mają, według P., znaczenie dla poznania, przebiegu, o ile uwzględnione będą inne właściwości układu krwionośnego w każdym poszczególnym przypadku.

Steinhaus zaznacza, że elastyczność naczyń w miażdżycy nie jest zawsze jest zmniejszona. Ważną jest rzeczą uwzględnić, co zależy od lokalizacji zmian w układzie naczyniowym, a co od stopnia elastyczności.

W odpowiedzi Pawińskiemu prelegent zaznacza, że właściwie samoistny, idiopatyczny przerost serca nie istnieje i w przypadkach t. zw. sekrecji wewnętrznej jest on wtórny, zależny od podniesienia ciśnienia w naczyniach obwodowych. Nie zawsze można uważać osłabienie czynności serca za przyczynę spadku ciśnienia; widzimy niskie ciśnienie u osób młodych z dobrze działającym sercem.

Steinhausowi prelegent odpowiada, że nie elastyczność ścian tętnic wpływa na podniesienie ciśnienia, ale zwięźlenie ich światła.

Bornstein.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15 grudnia 1903 r.

Pod tytułem „stara bolączka“ młody medyk p. Bruno Holewński, kończący właśnie swe studia i mający niebawem rozpocząć praktykę na prowincyi, wypowiada (Kuryer Codzienny № 325) na nutę *Weresajewa* że z powodu swego niedostatecznego przygotowania praktycznego oraz skargi w przewidywaniu czekających go męczarnie rozterki duchowej przy zetknięciu się z chorymi, których będzie musiał okłamywać i otumaniać, aby pokryć swą niedostateczną wiedzę lekarską. Tymczasem dwa lata praktyki szpitalnej pozwoliły by mu uczciwie korzystać z praw uzyskanych przez dyplom. Na to jednak trzeba pieniędzy, których naszemu młodemu koledze brak.

Środek zapobiegawczy przeciw temu fatalnemu położeniu znajduje p. B. H., ze wstrętem odpychający stypendya i filantropię, w tanim, a długotrwałym kredycie z kapitału ufundowanego ad hoc przez możnych społeczników przy jednej z istniejących instytucji(?), z którego by studenci mogli pożyteżać na rewersa w ciągu pobytu w uniwersytecie i dwóch lat studiów szpitalnych. Długi te mają być spłacane, poczynając od szóstego roku praktyki samodzielnej. Wtedy studenci (chyba nie sami medycy?) nie potrzebując tracić czasu na korepetycje i mogąc przedłużyć swe zajęcia w szpitalach, będą w stanie przygotować się godnie do czekających ich obowiązków.

Artykuł ten, odznaczony na konkursie przez redakcyę Kuryera Codziennego z szeregu „artykułów społecznych“ dotyka na początku kwestyi wielokrotnie poruszanej w prasie lekarskiej, mianowicie niedostatecznego przygotowania lekarzy praktycznych. Autor nie dodaje do niej nic nowego i nie odczuwa nawet, że tu właśnie leży istotne zło, ogólniejszego znaczenia, dotyczące zarówno studentów biednych jak i zamożnych. Jest to kwestya specyalna i nie dziwimy się, że w tej części swego artykułu mógł się wydać redakcyi. K. C. oryginalnym i poruszającym nowe pytania. Dziwnem jednak wydaje się nam, że znalazła poklask redakcyi część druga i zyskała uznanie artykułu społecznego. Jest to pełen emfazy zwrot z nowem żądaniem pomocy od społeczeństwa—wywołany zapewne piekącą osobistą potrzebą—ale zupełnie ogólnikowy co do zakresu żądania, nie umotywowany dostatecznie co do swej ważności w porównaniu z innymi potrzebami społecznymi, a już nie wytrzymujący wszelkiej krytyki w projektowanym sposobie wprowadzania w życie żądanej pomocy.

Każdy nowy środek leczniczy polecany przeciw jakiejbądź „bolączce“ powinien być oceniony należyście względnie do już istniejących, a także do ustroju, w którym ma działać. Znane są powszechnie dobrodziejstwa taniego kredytu, ale wymaga on odpowiednich dla siebie warunków istnienia, odpowiedniego wyrobienia korzystających zeń; nie może też działać bez odpowiedniego zabezpieczenia.

Czy projektodawca zastanowił się, o ile jego plan w danych warunkach jest możebny, czy badał, czy już coś podobnego nie istniało, nie tylko w sferze projektów ale i w życiu. Trzeba było zapoznać się próbą funduszu pożyczkowego d-ra Perlmuttera, poznać smutne doświadczenia innych stowarzyszeń pomocniczych dla młodzieży. Czyby i wtedy autor również śmiało postawił swój projekt, czy nie zawahał by się ani na chwilę odnośnie gwarancyi dla pożyczających? czyby dał swe morne żyro.

Młodzież jest pohopną do zaciągania pożyczek, ale nie zawsze je zwraca, nieraz pomimo zobowiązania się słowem i nieraz pomimo finansowej możliwości.

W kwestyach społecznych nie można się rządzić zdaniem osobistym, tu trzeba przedmiotowego osądzenia warunków.

Dziwnem się też wydaje owo otrząsanie się na stypendya, odwiecznie uświęconą formę pomocy, podawanej przez społeczeństwo uczącej się młodzieży. Z jakiego powodu?

Co znaczy ten wykrzyk: „przez ze stypendyemi, precz ze wszelką jałmużną czy darowizną“ w ustach projektodawcy „taniego i długotrwałego kredytu“, nie rozumiemy. Bo chyba krótkowidztwem finansowem można objaśnić sobie tylko niedopatrzenie charakteru filantropijnego w jego projekcie.

Wszakże pieniądz pożyczony tanio na 6—12 lat bez żadnego zabezpieczenia, chociażby na wypadek śmierci dłużnika, nie jest niczem innym tylko pomocą filantropijną?

Różne są tylko pozory—pożyczki w tych warunkach ta sama ręka, która daje wsparcia, płaci wpisy i funduje stypendya.

Z drugiej zaś strony każde stypendyum może (i powinno nawet) być uważane za pożyczkę i może być zwracane i przestać przeto ciążyć na miłości własnej drażliwego stypendysty.

Nie należy działaczom społecznym odrzucać a tembardziej potępiać środki wyprobowane i godziwe, gdy się w zamian nie podaje lepszych.

Poruszona kwestya jest ważna niezaprzeczenie ale jest zbyt złożona, aby ją w kilkudziesięciu słowach można było rozpatrzyć, a jednym zamachem rozwiązać. Nie rozstrzyga jej zaś żadna pożyczka.

Nienormalna jej strona finansowa, a właściwie niedostateczne przeważnie uposażenie majątkowe naszej młodzieży uniwersyteckiej sięga głęboko i wiąże się finansowemi warunkami naszego bytu w najszerszym zakresie—nie tu miejsce poruszać tę kwestyę.

Jak już zaś wyżej wspomnieliśmy—potrzeba reformy w przygotowaniu lekarzy jest uznana powszechnie. Jak wiadomo, w niektórych państwach (np. Szwecyi) kursy lekarskie trwają lat siedem; owe dwa lata praktyki, których słusznie pragnie p. B. H., wciągnięte są do kursu obowiązkowego. U nas wymagania życiowe po za formalnym przymusem skłaniają lekarzy świeżo wypuszczonych do dobrowolnego przedłużania nauki przez praktykę w szpitalach. Odbywa się to na coraz szerszą skalę. Najczęściej te same środki i sposoby, które żywiły studenta, utrzymują dalej i młodego lekarza. Nie wesola to zapewne dola dawać korepetycyę z dyplomem w kieszeni, ale ży-

cie staje się coraz twardszem. W każdym razie sędzę, że ten praktykowany dziś sposób mniej krępuje wrażliwych i odpowiedzialnych, niż zaciąganie pożyczki bez pewniejszej rękojmi zwrotu—prócz dobrych chęci i pewności długiego i pomyślnego żywota.

Nie poświęcalibyśmy artykulowi „o bólażce” tyle miejsca, uważamy go bowiem za pozbawiony szerszego znaczenia, zmusiło nas jednak do tego przyznanie mu charakteru społecznego przez redakcyę Kurjera Codziennego.

O. H.

(Jaw.) **Nowy zakład leczniczy.**

W ostatnich dniach z. m. otwarto w Warszawie Zakład leczniczy chirurgiczno-ginekologiczny, z oddziałem dla rodzących. Pod Zakład zajęto parter domu, oraz dwa wyższe piętra, t. j. 3 i 4 e. Na parterze znajduje się ambulatorium dla chorych z poczekalnią, pracownia mikroskopowo-chemiczna, kancelarya, oraz mieszkanie lekarza miejscowego. Na 3-iem piętrze oddzielne i wspólne pokoje dla chorych; na 4-em,—oprócz takich samych pokoi—sala porodowa i 2 sale operacyjne i sala do sterylizacji. Na tem samym piętrze mieści się kuchnia zakładowa; każde piętro posiada własne łazienki; pralni wyznaczono miejsce w suterrenach. Wogóle, oba piętra, zajęte pod zakład, przebudowano umyślnie, według wskazówek współwłaścicieli, a zgodnie z wymaganiami i celami tego rodzaju instytucyi.

Umeblowanie pokoi dla chorych gustowne i praktyczne.

Sale operacyjne,—ów *le clou de l'affaire* zakładów leczniczych dla chorych chirurgicznych—odpowiadają współczesnym wymaganiom chirurgii. Zastosowano tutaj wszystko, szczególnie w sali do operacji aseptycznych, co spotkać można we wzorowo urządzonych zakładach, u nas, i za granicą. W przyrządach do sterylizacji zwracają uwagę pewne praktyczne ulepszenia, niespotykane gdzieindziej. Z autoklawu para odprowadza się rurką do naczynia z wodą zimną, gdzie się skrapla, co zabezpiecza od napełniania nią powietrza; tak samo, wytwarzający się gaz między ścianami cylindra odprowadzony zostaje osobną rurą na zewnątrz sali. Autoklaw otwiera się za pomocą mechanizmu pedałowego. Puszki do opatrunków otwierają się przy wstawianiu do autoklawu automatycznie drogą mechanizmu sprężynowego i także przez naciśnięcie się zamykają. Do sterylizacji naczyń: misek, irygatorów, et cet., zakład posiada osobny kocioł, do którego, i z którego opuszcza się i wydobywa przedmioty za pomocą systemu blokowego. Do mycia rąk wprowadzono mydło marmurkowe, które myjący się wydobywa zapomocą wyjąłowanego szpadła metalowego. Na salach operacyjnych znajdują się umywalki z mechanizmem pedałowem dla płynów dezynfekcyjnych do rąk, z ruchomemi, a więc mogącemi być wyjąłowanemi, zakończeniami. Wogóle, w urządzeniu sal operacyjnych i sterylizacji znać, że skorzystano z wyników postępu, jaki pod tym względem na polu naukowem i techniczem ostatniemi czasy zauważyć się daje.

Właśnie z tego ostatniego powodu uważałem za właściwe, może nieco przydługo, rozpisać się o nowootworzonym zakładzie. Postęp u nas, tutaj w Warszawie, pod tym względem jest duży, a zakłady prywatne przodują i wyprzedzają instytucye społeczne, t. j. szpitale.

Porównywając ów zakład warszawski z niektórymi renomowanymi zakładami Berlina, jak np. na Gesasserstrasse, na Schiffbauerdamm, na Johannisstrasse i t. d., a także z pewnymi zakładami takimi Wiednia, bezstronnie przyznać musimy, iż Warszawa odnośnie urządzenia, a nawet samego pomieszczenia, dziś już dla siebie stopę wymagań w porównaniu z zakładami tamtymi zwiększyła i przy porównaniu wyszła najzupełniej zwycięsko. Godzi się w końcu dodać, iż zakład otworzyła spółka 8-iu lekarzy.

Takie zrzeczenie się u nas jest i znamienne i bardzo pocieszające.

(J) W d. 9 b. m. kol. Janiszewski z Zakopanego miał w Warsz. Tow. Hyg. odczyt o urządzeniach sanitarnych, obecnie już tam istniejących i projektowanych. Odczyt zawierał dużo interesujących szczegółów a był wypowiedziany rzeczowo i obiektywnie. Zakopane już dziś zawdzięcza kol. Janiszewskiemu bardzo wiele ulepszeń zdrowotnych, a lubo on się usunął, jako lekarz stacyi klimatycznej, wątpić nie można, abyj ego gotowość do pracy obywatelskiej, acz nader przykrej ze względu na pewne uprzedzenia otoczenia, wśród którego działała, osłabnąć miała.

Wierzymy w to, bo prawda i czyste intencye dobra ogólnego zwyciężyć zawsze muszą. Ludzie tego pokroju, co kol. Janiszewski, tylko dla ciemnoty i sobkostwa mogą się wydawać „wrogami ludu“.

Z M A R L I.

D-r Tadeusz Röhr, dnia 13 b. m. w Warszawie, w wieku lat 41.

D-r Józef Kaszperowski w m. Czudnowie (gub. Wołyńskiej), w wieku lat 73.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава 5 Декабря 1903 г.

Wyszedł z druku

ZESZYT XII

Biblioteki
Lekarskiej,

zawierający ciąg dalszy

Podręcznika chorób wewnętrznych prof. G. Dieulafoy, oraz początek części II-ej Położnictwa prof. Rungego i Dyagnostyki chirurgicznej prof. Landerera.

Wyszedł z druku i jest do nabycia

prof. G. Dieulafoy. Podręcznik chorób wewnętrznych, t. I.
Cena w oprawie rb. 4 kop. 50, bez oprawy rb. 4.

prof. M. Runge. Podręcznik położnictwa, cz. I.
Cena w oprawie rb. 3, bez oprawy rb. 2 kop. 50.

prof. A. Landerer. Dyagnostyka chirurgiczna, cz. I.
Cena w oprawie rb. 1 kop. 70, bez oprawy rb. 1 kop. 20.

Adres Redakcyi i Administracyi Orla 5 m. 8
codziennie od godz. 10 r. do 12 w południe.