

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednostronny drobniem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Ziota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstałych z nabłonka kosmków (Chorionepithelioma malignum). Podał D-r J. Steinhaus. — O przyczynach powstawania duszności w przebiegu dławca oraz kilka uwag o leczeniu dławca. Podał F. Sachs. (Dokończenie). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 7 lutego r. b. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, Posiedzenie z dnia 23 i 24 lutego r. b. — **Krytyka i bibliografia.** Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Steinhaus — Contributions à la casuistique des chorionepitheliomes malins. 2) D-r F. Sachs — Sur les causes de la dyspnée dans le croup et contributions au traitement de cette maladie.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak.-Przedm. 7.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Steinhaus — Beitrag zur Casuistik der malignen Chorionepitheliome. 2) D-r F. Sachs — Ueber die Ursachen der Athemnoth im Verlauf der häutigen Bräune und Beiträge zur Behandlung dieser Krankheit

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak.-Przedm. 7.

Z PRACOWNI MIKROSKOPOWEJ I BAKTERYOLOGICZNEJ SZPITALA ŻYDOWSKIEGO
W WARSZAWIE.

Przyczynek

do

kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków

(*Chorionepithelioma malignum*).

Według odczytu, wygłoszonego d. 21 lutego 1899 roku w Warsz. Tow. lekarskiem.

Podał

D-r JULIAN STEINHAUS, zarządzający pracownią.

Historia rozwoju poglądów na naturę i pochodzenie nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków, wykazuje, że przekonanie o odrębności tego typu nowotworowego niezmiernie powoli i stopniowo torowało sobie drogę. Już przed 20 laty opisywano przypadki nowotworów, w których obecnie odrazu poznajemy „*chorionepithelioma*“, jakkolwiek wówczas nazwano je rakami. W przypadkach tych i w kilku później ogłoszonych pewne podobieństwo do raka w błąd wprowadzało badaczy, tak samo jak w niektórych innych podobieństwo do mięsaka wywołało niewłaściwe zali-

czenie ich do mięsaków. Później, już po ustanowieniu klinicznej i histologicznej odrębności tych nowotworów, proponowano dla oznaczania ich cały szereg nazw, stanowiących wyraz poglądów różnych autorów na histogenezę tych guzów, aż wreszcie zgodzono się na to, że nabłonek kosmków jest tą tkanką, której nieprawidłowe bujanie staje się przyczyną powstawania nowotworu. Wprawdzie, w ten sposób nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta sprawa natury komórek nowotworowych, gdyż nie dość dokładnie znamy jeszcze histogenezę nabłonka kosmków. Ale udowodnienie pochodzenia wszystkich owych nowotworów z nabłonka kosmków umożliwiło pewne uporządkowanie chaosu, w jakim sprawa się znajdowała, pozwoliło na odróżnienie prawdziwych mięsaków i raków macicy od chorionepiteliomatów i dało możliwość ukłasyfikowania tych ostatnich.

Sprostowanie rozpoznania nie zawsze udawało się na podstawie istniejących w literaturze publikacji, nie rzadko bowiem ograniczano się na rozpoznaniu „rak“ lub „mięsak“, mianowicie wówczas, gdy punkt ciężkości publikacji leżał w klinicznym opracowaniu spostrzeżenia. Niekiedy w takich razach dołączano do dyagnozy króciutki opis obrazów drobnowidzowych, który nasywał, wprawdzie, podejrzenie, że badany guz był chorionepiteliomatem, ale nie dawał pewności pod tym względem; rzadko bardzo ogłaszano szczegółowy opis preparatów, poparty odpowiednimi rysunkami.

Konieczną potrzebę powtórnego zbadania wątpliwych przypadków odczuwano wielokrotnie. Nie zawsze jednak potrzebny do tego materiał był odpowiednio przechowany; w tych razach, kiedy materiał był jeszcze zachowany, powtórne badanie nieraz już zostało dokonane z dobrym skutkiem.

Do rzędu spostrzeżeń, tylko pobieżnie traktujących stronę histologiczną, należy przypadek kol. **LEBENSBAUMA**, spostrzegany w 1891 r.¹⁾ Kol. **LEBENSBAUM** położył największy nacisk na kliniczną stronę, wynik zaś badania drobnowidzowego, wykonanego przez d-ra **A. ELZENBERGA**, ówczesnego kierownika pracowni mikroskopowej szpitala żydowskiego, tylko w krótkości wspomniany został.

Szczęśliwym zbiegiem okoliczności materiał, dotyczący tego przypadku, został troskliwie zachowany przez d-ra **ELZENBERGA**, tak iż, zajmując się sprawą chorionepiteliomatów ze względu na przypadek własny, którego opis poniżej przedstawiam, miałem również możliwość skorzystania — za zgodą kol. **LEBENSBAUMA** — z jego materiału i mogę obecnie wraz ze swoim przypadkiem ogłosić wyniki powtórnego zbadania wyżej wspomnianego przypadku kol. **LEBENSBAUMA**, co do którego już **SAENGER**²⁾ i **MARCHAND**³⁾ wyrazili przypuszczenie, że nie był on rakiem, lecz chorionepiteliomatem.

Po tych kilku słowach, wyjaśniających pochodzenie części mojego materiału, przechodzę do opisu samych przypadków.

a) Nowotwór złośliwy, powstały z nabłonka kosmków po poronieniu (przypadek własny).

19. IX. 1898 r. otrzymałem do zbadania z oddziału ginekologicznego d-ra **ROSENTHALA** kawałek guza, wycięty z ujścia cewki 28-letniej **Lai U**. Chora zamężna od lat 9, rodziła prawidłowo 4 razy, ostatni raz przed 3¼ laty;

1) **M. LEBENSBAUM**. Rak pochwy, powstały w przebiegu raka macicy drogą samozaszczepienia. *Gazeta lekarska*, 1892, Nr. 10.

2) **M. SAENGER**. *Archiv f. Gynaekologie*, 1893, Tom 44.

3) **F. MARCHAND**. *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie*, 1895, T. I.

miesiączkowała zawsze prawidłowo co 4 tygodnie. Przed 3 miesiącami poroniła w 3 miesiącu ciąży; od owego poronienia do chwili przyjęcia na oddział, t. j. do połowy września, chora miała krwawienia z macicy. W ostatnich tygodniach zjawily się jeszcze bóle przy oddawaniu moczu.

Badanie ginekologiczne wykazało powiększenie macicy i krwawy wyciek z niej. W ścianie cewki, zwróconej ku pochwie, wyczuwał się guz, sięgający od ujścia cewki do połowy jej długości. Ujście cewki również było zajęte przez nowotwór, miejscami wrzodziejący.

Oddany mi do zbadania kawałek guza utrwalony został w wysoku i zatopiony według zwykłej metody w parafinie. Skrawki, zrobione przy pomocy mikrotomu prostopadle do powierzchni guza, barwiłem różnymi sposobami (hematoksyliną i eozyną, hematoksyliną i mieszaniną van GIESON'a, tioniną, karminem i fuksyną WEIGERT'a i t. p.) i przechowywałem w żywicy kanadyjskiej.

Wyniki badania wyciętego kawałka były następujące. W miejscach nie owrzodzonych widać nabłonek wielowarstwowy ujścia cewki, nacieczony gdzieśgdzie okrągłymi komórkami; podnabłonkowa tkanka łączna, bogata w tem miejscu w naczynia włosowate i żyłne, jest również dość mocno, acz nierównomiernie nacieczona; wogóle nacieczenie najsilniej jest uwydatnione w warstwach powierzchniowych pod samym nabłonkiem. Ale owo nacieczenie jest jeszcze najmniejszą ze zmian, znalezionych w wyciętym kawałku z ujścia cewki. Nie zbyt rzadko znaleźć mogłem na skrawkach miejsca, gdzie zamiast zwykłej tkanki łącznej z jej wrzecionowatemi jądrami i włóknistą obfitującą we włókna elastyczne substancją międzykomórkową, widać było nekrotyczną masę ziarnistą, w której rozsiane były następujące elementy morfologiczne. Po pierwsze, gdzieśgdzie jeszcze jako tako zachowane jądra komórek tkanki łącznej, następnie jedno- i kilkujądrowe drobne komórki okrągłe, czerwone krążki krwi lub rozpadające się ich resztki, miejscami sieci włóknika i wreszcie dość liczne, zwykle pojedynczo leżące, rzadko kiedy w większe grupy ułożone, różnokształtne komórki, rzucające się w oczy wskutek niezwykle wielkich swoich rozmiarów. Granice tych wielkich komórek były zwykle wyraźne; masa ziarnista wokół nich czasami się zagęszczała w rodzaj otoczki, zapewne wskutek kurczącego działania wysoku, często jeszcze powstawała szczelina pomiędzy ciałem komórki a ową otoczką. Kształtu okrągłego owe wielkie komórki prawie nigdy nie miały; zwykle były one mniej lub bardziej wydłużone, z wyrostkami, albo nawet wrzecionowate, niekiedy wielokątne, szczególnie tam, gdzie owe wielkie komórki układały się w większe grupy. Najdłuższy wymiar tych komórek wynosił 40 μ ., szerokość dochodziła do 25 μ .; najmniejsze były od nich o połowę mniejsze. Zaródź tych komórek bywała niekiedy pienista, usiana wodniczkami, częściej wszakże gęsta, barwiąca się mocno, czasami udawało się w niej zauważyć współśrodkową lub podłużną włóknistość. Jądra tych komórek były niezmiernie rozmaite zarówno pod względem kształtu, jak i pod względem rozmiarów; często były one tak wielkie, że zaródź stanowiła zaledwie wąski rąbek naokoło nich, niekiedy zaś były one małe i miały takie same rozmiary, jak jądra komórek głębokich warstw naskórka. Kształt jąder, tak samo jak i ciał komórek, rzadko był okrągły, najczęściej wydłużony lub zupełnie nieprawidłowy. Zawartość jądra również była bardzo rozmaita. Niekiedy odkryć można było w jądrze zupełnie prawidłową sieć chromatynową i jąderko w samym środku jądra (szczególnie w jądrach mniejszych), częściej jednak chromatyna nie układała

się prawidłowo, a leżała grudkami; jąderka zaś albo wcale nie było, albo też było ich po kilka. Często również znaleźć można było w jądrach wodniczki różnej wielkości z zawartością nie zawsze jednakową, gdyż przy podwójnych barwieniach hematoksyliną i cozyną w jednych przeważał odcień niebieski, w innych czerwony; wogóle zawartość wodniczek barwiła się stosunkowo słabo.

Wielkie komórki były po większej części jednojądrowe; stosunkowo rzadko napotykałem dwu- lub trzyjądrowe komórki, tylko wyjątkowo znaleźć mogłem komórkę wielojądrową. Figury karyokinetyczne, choć nieliczne, znajdowały się prawie na każdym skrawku; różniły się one od zwykłych swoimi wielkimi rozmiarami, odpowiednio do wielkości jąder tych komórek; częściej za to znajdowałem ARNOLD'owskie fragmentacje,

Nie zawsze wszakże wielkie komórki były tak dobrze zachowane wśród ziarnistych mas nekrotycznych; miejscami podlegały i one nekrozie: jądra ich źle się barwiły lub wcale nie przyjmowały barwników, ciało komórkowe rozpadało się, tak iż niekiedy tylko resztki zarodki, leżące w wzmiankowanych wyżej otoczkach, wskazywały, że dawniej leżały w tych miejscach komórki. Najodporniejszymi okazywały się naczynia; nawet tam, gdzie wielkie komórki ginęły wraz z resztą tkanki i przekształcały się w masę ziarnistą, częstokroć znaleźć można było jeszcze naczynia z niezmienionym śródbłonkiem.

Od prawidłowego utkania tkanki łącznej do powyżej naszkicowanych zmian największych znaleźć można w preparatach wszelkie możliwe postacie przejściowe. Miejscami można było, mianowicie, zauważyć tylko pojedyncze wielkie komórki wśród normalnej albo nacieczonej tkanki łącznej; w innych miejscach komórki te były liczniejsze, czasami nawet leżały grupami obok siebie. W takich miejscach powstawały już w otaczającej je tkance łącznej przemiany wsteczne: jądra barwiły się słabo, występował rozpad ziarnisty i t. d. Co się tyczy włókien sprężystych, to w normalnej tkance były one bardzo liczne i barwiły się doskonale, przy nacieczeniu nowotworowem ilość ich w tkance zmniejszała się, a przy nekrozie włókna sprężyste doszczętnie znikaly.

Godny uwagi był stosunek wielkich komórek do naczyń krwionośnych; komórki te często dochodziły aż do śródbłonka, rozrywając warstwę włókien elastycznych, nadto, rozrastając się, podnosiły śródbłonek i zwęzły w ten sposób światło naczyń; również torowały one sobie drogę przez śródbłonek do światła naczyń, w którym widzieliśmy je nie zbyt rzadko, nawet w większych grupach pośród czerwonych krążków, leukocytów i sieci włóknika; niekiedy nawet wypełniały one całe światło naczyń. Te śródnaczyniowe wielkie komórki tak samo, jak zewnątrznaczyniowe, w niektórych miejscach dobrze się barwiły, w innych zaś też podlegały nekrozie.

Przerastanie komórek nowotworowych przez ściany naczyń, które z jednej strony prowadziło do wstępowania tych komórek do krwi, pociągało za sobą z drugiej strony wynaczynienie krwi, widoczne w wielu miejscach preparatów, szczególnie zaś w miejscach nekrotycznych (infiltracja czerwonymi krążkami krwi i sieci włóknika).

Na podstawie powyżej opisanych wyników badania wyciętego kawałka z guza cewki zrobiliśmy tymczasowe rozpoznanie „*sarcoma gigantocellulare urethrae*“, jakkolwiek obrazy mikroskopowe były zupełnie odrębne i, ściśle biorąc, nie odpowiadały typowym obrazom z mięsaków olbrzymiokomórkowych. Ponieważ wszakże nie ulegało wątpliwości, że mamy do czy-

nienia z guzem złośliwym, D-r ROSENTHAL postanowił wyłuszczyć go i dokonał tej operacji 24. IX. 1898 r.

Wycięty guz został mi również oddany do zbadania. Utrwaliłem część jego w wyskoku, część zaś w nasyconym wodnym roztworze sublimatu, zatopiłem w parafinie i, po sporządzeniu skrawków, barwiłem je już wyżej wymienionymi sposobami. Badanie tych skrawków wykazało, że nowotwór miejscami przenikał do warstwy mięśniowej, w której odbywały się wskutek tego te same sprawy, jakie poznaliśmy już wyżej w błonie śluzowej, mianowicie rozpelzanie się wielkich komórek w tkance łącznej międzymięśniowej i pomiędzy pojedynczymi komórkami mięsnymi, hemorragiczna infiltracja, wrastanie wielkich komórek do naczyń, wreszcie nekroza zarówno komórek nowotworowych, jak i tkanki miejscowej. Zwraçała uwagę przytem postać wrzecionowata wielu komórek nowotworowych, leżących wśród komórek mięsnych, która czytała pierwsze bardzo podobnymi do ostatnich; odróżnienie jednakże zawsze było możebne dzięki różnicom w rozmiarach komórek i w charakterze jąder.

Istota wszakże nowotworu pozostała i nadal zagadkową.

Jeżeli spotyka się jakiś nowotwór w narządzie, w którym tego rodzaju nowotwory pierwotnie nigdy lub też niezmiernie rzadko się pojawiają, mimo-woli przychodzi na myśl, że się ma do czynienia z przerzutem i szuka się umiejscowienia guza pierwotnego. Myśl ta w naszym przypadku tem bardziej zjawić się musiała, ponieważ zarówno umiejscowienie jak i budowa nowotworu były niezwykle.

Jednakże wiele okoliczności przemawiało za guzem pierwotnym cewki. Objawy ze strony macicy tłomaczyli sobie klinicyści, jako objawy *endometrioidis post abortum*, i nie mieliśmy żadnych danych, by na miejsce tego rozpoznania zrobić rozpoznanie guza macicy; w innych narządach nie mogliśmy odszukać żadnych objawów chorobowych, któreby wskazywały istnienie w nich guza złośliwego.

Pomimo to przekonani byliśmy, że rozwiązanie zagadki możliwe będzie jedynie po zbadaniu wyskrobów z macicy, niewątpliwie chorej. A skrobanie leżało w planie leczniczym d-ra ROSENTHAL'a, który dla wykonania go czekał tylko na zagojenie się rany pooperacyjnej i poprawę ogólnego stanu bardzo anemicznej pacjentki.

Dnia 27. IX. w ciągu gojenia się rany miał miejsce u chorej silny krwotok z macicy, przyczem odeszły duże skrzepy i strzępy tkankowe. Spodziewałem się, że zbadanie ich wyjaśni sprawę, okazało się jednak, że składały się one wyłącznie z czerwonych krążków, włókniaka i mas nekrotycznych. Nie stanowczego na podstawie tych wyników badania orzec nie było można; jednakże masy nekrotyczne i skrzepy, ściśle z nimi połączone, w związku z wynikami badania wyłuszczonego nowotworu cewki obudziły podejrzenie istnienia w macicy *chorionepithelioma malignum*, nigdzie bowiem nekroza i skrzepy nie są tak obfite, jak właśnie przy istnieniu tego nowotworu, i nigdy nie występują tak wcześnie i tak łatwo przerzuty w pochwie i w cewce moczowej, jak przy złośliwych nowotworach, rozwijających się z nabłonka kosmków. Projektowane skrobanie jednakże nie doszło do skutku. Chora, której stan ogólny był coraz gorszy, dostała w połowie września zapalenia płuc i zmarła 1 października 1898 r.

Badania pośmiertnego dokonałem 2. X. Z protokołu sekcyjnego przytoczę tutaj następujące dane: Trup wzrostu średniego, dobrej budowy ciała,

miernie odżywiany. Skóra niezmiernie blada. W lewej jamie opłucny niewiele surowiczowo-włóknikowego płynu; obiedwie blaszki opłucny częściowo sklejone w dolnej trzeciej części skrzepami włóknikowymi. Prawa jama opłucny bez zmian widocznych. Dolny płat lewego płuca w stanie szarej hepatyzacji. Górny płat i prawe płuco obrzękle. Serce nieco powiększone w poprzecznym wymiarze. Mięsień sercowy bładny, wiotki. Zastawki bez zmian. Przewód pokarmowy bładny, anemiczny, wątroba i nerki białkowo zmętniałe; śledziona powiększona, szaro-czerwona, miękka, prawie rozpluwająca się. Otrzewna gładka, błyszcząca. Macica powiększona, odpowiada mniej więcej czwartemu miesiącowi ciąży; ściany macicy ścieńczałe, w niektórych miejscach mają zaledwie grubość zwykłego papieru. Powierzchnia wewnętrzna pokryta masami nekrotycznymi i skrzepami krwi, szaro-czarna, bardzo nierówna, jakby popękana; w jednym miejscu ciała macicy na przedniej ścianie takie pęknięcie przechodzi przez całą grubość ściany aż do otrzewny. Na poprzecznych przekrojach widać, że szaro-czarne zabarwienie tkanki zachodzi głęboko w warstwę mięsna macicy. Jajnik prawy wielkości śliwki węgierki, na przekroju czerwono-szarawy, nie zawiera pęcherzyków. Lewy jajnik bez zmian. Rana pooperacyjna cewki zagojona.

Powyższy wynik badania pośmiertnego jeszcze umocnił nas w przekonaniu, że guzem pierwotnym w danym przypadku był nowotwór, z nabłonka kosmków powstały i rozpadły, zanim doszło do badania pośmiertnego, zaś guz cewki był przerzutem jego, tak samo jak guz jajnika (a być może, również i płuca lewego).

Z wszystkich wymienionych narządów zostały wzięte kawałki, utrwalone w sublimacie i wysokoku i badane według tych samych metod, jakie znalazły zastosowanie przy badaniu przerzutu w cewce.

Badanie skrawków z macicy wykazało, że z błony śluzowej nie pozostało ani śladu. Nalot na wewnętrznej powierzchni składał się z mas nekrotycznych i skrzepów krwi, zawierających liczne drobnoustroje. Pod nalotem znajdował się obnażony mięsień maciczny, więcej lub mniej zniszczony; odpowiednio do stopnia zniszczenia, grubość jego w niektórych miejscach wynosiła do 10 i więcej mm., w innych zaś zaledwie 2 mm. Zachowane resztki mięśnia też nie były normalne. Części powierzchniowe, do światła macicy zwrócone, zawierały dużo sieci włóknika, mas nekrotycznych i drobnoustrojów. Podobne masy nekrotyczne, infiltrowane krwią, znajdowały się również w głębszych warstwach mięśnia na wszystkich prawie skrawkach, dochodząc w niektórych miejscach aż do zewnętrznej powierzchni macicy. Niekiedy wśród mas tych znajdowały się pojedyncze lub grupami ułożone wielkie komórki, czasami dobrze zachowane, częściej wszakże źle albo wcale się nie barwiące. W tkance łącznej międzymięśniowej i w około naczyń leżały również liczne wielkie komórki, po większej części dobrze zachowane. Niekiedy wielkie komórki leżały też między pojedynczymi komórkami mięsnymi, przy czym tutaj przybierały one, tak samo jak w cewce, kształt wrzecionowaty.

O PRZYCZYNACH POWSTAWANIA DUSZNOŚCI W PRZEBIEGU DŁAWCA

oraz

kilka uwag o leczeniu dławca.

Podał

FELIKS SACHS.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 8).

Z punktu widzenia praktycznego ważne jest pytanie, czy w każdym danym przypadku jesteśmy w możności określić, który z powyższych dwóch czynników wywołuje duszność, lub w razie ich współistnienia, co ma miejsce w ogromnej większości przypadków, jaki jest wzajemny tych czynników udział. Na to pytanie nie zawsze jesteśmy w stanie odpowiedzieć w sposób zupełnie pewny. W wielu jednak razach możemy na podstawie pewnych danych sprawę tę mniej lub więcej kategorycznie rozstrzygnąć. Przedewszystkiem odpowiedzieć sobie winniśmy na pytanie: czy w krtani znajduje się wysięk błonicy, czy też nie, a w razie jeżeli obecność błon w krtani została stwierdzona, czy duszność przypisać należy mechanicznemu ich działaniu. Wogóle powiedzieć możemy, że duszność, występująca nagle w postaci napadu, zależy od kurczu głośni, zaś duszność, rozwijająca się stopniowo i trwająca czas dłuższy bez zwolnień, zależy od przeszkody mechanicznej. Ogólna ta zasada dopuszcza jednak liczne wyjątki. Wiadomo np., że napady kurczu głośni, występujące zrazu w dość znacznych odstępach czasu, stają się w miarę postępu choroby coraz częstszymi i wreszcie przechodzą w stały kurcz bez zwolnień, w kurcz tężcowy. Z drugiej strony rozpulchniające się i oddzielające błony (jak to niekiedy widzimy po zastosowaniu surowicy) wywołują mogą duszność przemijającą, napad duszności. Wobec tego posilkować się musimy innymi sposobami rozpoznawania przyczyny duszności. Za obecnością błon rzekomych w krtani przemawia przedewszystkiem obecność ich w gardzieli. Chyba nigdy nie zblądzimy, jeżeli objawy dławca, występujące w przebiegu błonicy gardzieli, przypisywać będziemy szerczeniu się sprawy tej na krtani. Przypadki te jednak należą do najprostszych i nie nastęrczają żadnych wątpliwości. Inaczej bywa w tych razach, gdy gardziel jest zupełnie czysta. W takich razach cenne wskazówki dać nam może zbadanie nagłośni. Tylina powierzchnia tej ostatniej na równi z błoną śluzową krtani pokryta bywa zwykle wysiękiem błonicy. Przy badaniu gardzieli wysięk ten przedstawia się nam, jako półkolisty rąbek na brzegu nagłośni. Rozumie się, że o istnieniu wysięku w krtani świadczy tylko obecność owego rąbka, brak zaś rąbka nie daje nam prawa wyciągnąć wniosku przeciwnego. Bądź co bądź jednak objaw ten jest dość ważny, i dlatego przy badaniu gardzieli zawsze starać się winniśmy ujrzeć nagłośnię. Udaje się to z łatwością, gdy szpadlem naciśniemy nasadę języka: wówczas nagłośnia wysuwa się sama do góry. O istnieniu w krtani wysięku najpewniej świadczy wykrztuszenie błon lub rozpadu, w którym rozpoznać możemy szczątki tych błon. Na nieszczę-

ście objawu tego bardzo często jesteśmy pozbawieni, gdy chory nie nie wykrztusza. Najpewniejszą metodą rozpoznawczą byłoby badanie wziernikiem, to jednak w nielicznych tylko razach u dzieci daje się wykonać. Jeszcze jednego dowodu istnienia wysięku w krtani dostarcza nam intubacja. Zdarza się, że po wprowadzeniu rurki intubacyjnej do krtani duszność i sinica zamiast zniknąć zwiększają się. Chory zaczyna krztusić się, kaszlać i wreszcie z największym wysiłkiem wyrzuca rurkę wraz z błonami rzekomemi. Pochodzi to ztąd, że błony te, niekiedy już będące w stanie rozpułchnionym, zostały zepchnięte przez rurkę i zatkały dolny jej otwór. Często chory nie jest w stanie wykrztusić rurki, czy to z powodu upadku sił, czy z powodu zbyt wielkiego kalibru tejże w stosunku do krtani. Jeżeli wówczas wyjmujemy rurkę, to w ślad za nią zostają wykrztuszone błony⁷⁾. Widzimy więc, że często sama intubacja może nam wyjaśnić pochodzenie duszności. Przytoczone powyżej objawy, mogące świadczyć o istnieniu wysięku w krtani, są tego rodzaju, że każdy z nich zosobna zupełnie już jest wystarczający. Pamiętać jednak należy, że brak tych objawów nie upoważnia nas do wniosku przeciwnego.

Jednakowoż nie dość jest stwierdzić istnienie w krtani wysięku, aby wysiękowi temu przypisywać duszność. W pewnych razach pomimo stwierdzenia wysięku będziemy jednak musieli przypisać duszność kurczowi głośni. Możemy to uczynić przedewszystkiem w tych razach, gdy duszność występuje w postaci mniej lub więcej krótkotrwałych napadów, zwłaszcza zaś gdy napady te wywoływane są przez przyczyny natury psychicznej. Nowy sposób rozpoznawania zyskaliśmy od czasu wprowadzenia intubacji. Dzięki temu sposobowi możemy stwierdzić związek przyczynowy pomiędzy dusznością a kurczem głośni nawet w tych przypadkach, w których duszność nie występuje w postaci napadów, lecz trwa przez czas dłuższy. Badając krtani palcem, przekonujemy się, że szczelina głosowa prawie jest zniesiona. Struny głosowe przedstawiają powierzchnię zwartą, czasem jakby wypukloną ku górze. Stan taki głośni zwykle rozpoznawany bywa przypadkowo w chwili wprowadzenia rurki intubacyjnej. Specjalnie w celach rozpoznawczych nikt badania krtani palcem nie zalecał pomimo łatwości tej metody.⁸⁾ Stwierdzenie kurczu „tężcowego“ głośni zwłaszcza w tych razach, gdy mamy powody mniemać, że wysięku w krtani niema (*pseudocroup*), lub że nie jest on zbyt obfity, ma pewne znaczenie praktyczne. W takich bowiem razach możemy się spodziewać, że pozostawienie rurki intubacyjnej w krtani na czas krótki (*tubage intermittente*) będzie wystarczające, by duszność minęła.

Z rozpoznania tej lub innej przyczyny duszności wypływają niejednokrotne wskazania lecznicze. O surowicy mówić tu nie będziemy. Powinna ona być stosowana bezwarunkowo w każdym, nawet podejrzanym, przypadku dławca możliwie najwcześniej i to w ilości jaknajwiększej. W wielu razach po zastosowaniu surowicy wszelka dalsza interwencja jest już zbyteczna. W zna-

⁷⁾ Oto przykład: M.G. chłopiec 7-letni, chory od tygodnia. Chrypka, kaszel krupowy, stenoza umiarkowana. Gardziel zaczerwieniona, nigdzie nalotu w niej nie widać. 14 stycznia 1898 r. otrzymuje 2000 jednostek surowicy, wieczorem ciepota 38,6°. 15. I. Godz. 3 po północy. Silna duszność, sinica. Intubacja. Po wprowadzeniu rurki do krtani duszność jednak nie zmniejsza się. Ekstubacja za nitkę. Bezpośrednio po wyjęciu rurki chory wykrztusza wielką błonę (odlew tchawicy). Reintubacja. Oddech swobodny. Po kwadransie ekstubacja za nitkę. Oddycha bez rurki dobrze. Południe. Duszność i sinica powróciły. Reintubacja. Wykrztuszenie rozpadu obfite. Po upływie pół godziny ekstubacja za nitkę. Oddech swobodny. O godzinie 8 wieczorem duszność zaczyna się wzmacniać. Reintubacja. Wykrztuszenie obfite. Nazajutrz zrana ostateczna ekstubacja. Chory szybko wraca do zdrowia.

⁸⁾ O laryngoskopii w takich razach nie może być mowy.

cznej jednak większości przypadków nie możemy beczynnie czekać na działanie surowicy. Zadanie nasze przedstawia się wówczas zupełnie jasno, skoro tylko przyczyna duszności trafnie rozpoznana została. Jeżeliśmy po rozważeniu wszystkich objawów przyszli do przekonania, że duszność zależy od zwężenia światła krtani błonami, winniśmy dążyć, o ile możliwości, do usunięcia tych błon. Jeżeli zaś rolę przeważającą przypisujemy kurczowi, winniśmy usunąć, złagodzić ten kurcz lub przynajmniej zubożyć jego działanie. Dotychczas postępowanie było szablonowe we wszystkich bez wyjątku przypadkach: po zastrzyknięciu surowicy, jeżeli objawy duszności nie ustępowały, stosowano środki wykrztuśne lub częściej jeszcze wymiotne. Oczywiście postępowanie według tego szablonu nie wytrzymuje krytyki. Bóć coż pomogą środki wymiotne *resp.* wykrztuśne, gdy naloty są cienkie i mocno przytwierdzone do błony śluzowej, a duszność jest wynikiem kurczu odruchowego? Działanie środków wymiotnych ogranicza się tu na tem, że żołądek zostaje opróżniony ze swej zawartości, a podczas ruchów wymiotnych chory jednocześnie wykrztusza pewną ilość śluzu. I to nie zawsze. Chorzy z dusznością silniejszą lub dłuższy czas trwającą zazwyczaj nie oddziałują wcale na *vomitorium*, co, jak wiadomo, jest następstwem znieczulenia kwasem węglanym. Środki wykrztuśne można usprawiedliwić tylko w dławcu z wysiękiem błoniastym, jako przyczyną duszności, i to tylko wtedy, gdy błony są już rozpulchnione. Przedtem środki te są dość bezskuteczne⁹⁾. Rozpulchnienie zaś błon niezależnie od surowicy, której działanie „odklejające” jest bardzo wybitne, osiągnięte zostaje za pomocą pary wodnej. Gdy jednak ani surowica, ani wdychanie pary wodnej, ani środki wykrztuśne nie sprowadzają pożądanego wyniku (wymiotnych z uwagi na znaczny upadek sił, jaki za sobą pociągają, lepiej wcale nie używać lub przynajmniej nie używać przez czas dłuższy), wtedy należy pomyśleć o intubacji. W przypadkach dławca z mniej lub więcej obfitym wysiękiem intubacja stosowana być może w sposób dwójaki. Albo, wprowadziwszy rurkę do krtani, pozostawiamy ją tam na czas dłuższy, np. na 24—48 godzin, albo też wprowadzamy rurkę do krtani z zamiarem natychmiastowego wyjęcia jej w nadziei, że rurka, wsuwana do krtani, zeskrobie, że się tak wyrażę, z jej ścian błony rzekome, których wykrztuszenie wówczas nie będzie przedstawiało dla chorego trudności. Ta ostatnia metoda została zaproponowana przez VARIOT'a i BAYEUX pod nazwą *écouvillonnage du larynx*. Zauważono już dawniej, że nieraz bezpośrednio po intubacji chory w przystępie gwałtownego kaszlu wyrzuca rurkę, a za nią całą masę błon rzekomych, które widocznie przez rurkę zepchnięte zostały. Zjawisko to (*écouvillonnage accidentel*) nasunęło dwóm tym autorom myśl wprowadzenia rurki na czas krótki w tych przypadkach, w których można podejrzewać obfity wysięk w krtani. W tym celu BAYEUX zaproponował specjalne rurki krótkie (*tube court ventriculaire*). Jest to modyfikacja rurek O'DWYER'a, różniąca się od swego pierwowzoru tem, że rurki są ścięte na wysokości zgrubienia. Rurka taka, wchodząc do krtani szerokim końcem, tem skuteczniej zeskrobuje błony rzekome. W braku takiej rurki krótkiej, zastąpić ją można rurką O'DWYER'a długą (zwykłą) kalibru większego, niż wymaga k. tań chorego. Wobec tego, że rurka ta nie ma długo pozostawać w krtani, dyspro-

⁹⁾ Powszechnie przyjęty sposób stosowania środków wymiotnych i wykrztuśnych trudno nazwać racjonalnym, środki te bowiem najchętniej podawane są w pierwszym okresie choroby, t. j. wtedy, gdy wysięk dopiero tworzyć się zaczyna, i gdy sprawa zapalna, rozgrywająca się w krtani, ma przed sobą, że się tak wyrażę, długą jeszcze drogę do przebycia.

porcyca ta żadnego nie przedstawia niebezpieczeństwa. Nie zawsze jednak udaje się takie zeszkrobanie błon. Często bezpośrednio po wyjęciu rurki duszność występuje na nowo. W takim razie rurkę wprowadzić należy do krtani ponownie i pozostawić przez czas dłuższy.

Przechodzimy do leczenia tych przypadków krupu, w których w wywoływaniu duszności przeważającą rolę gra kurcz głośni. I tu na pierwszym miejscu wymienić należy surowicę, gdyż działa ona na przyczynę, wywołującą odruchowy kurcz głośni. Gdy działanie surowicy daje długo na siebie czekać, należy zwrócić się do środków, łagodzących owe kurczowe napady duszności. Oczywiście stosowanie środków wymiotnych i wykrztuśnych byłoby tu zupełnie bezużyteczne. Natomiast dobre wyniki dają niekiedy środki narkotyczne, jak kodeina, zachwalana bardzo przez VARIOT'a, brom, stosowany w dużych dawkach przez HEUBNER'a, zwłaszcza u chorych intubowanych, antypiryna, chlorał, makowiec (STERN). Za pomocą środków tych usiłujemy obniżyć wzmogoną wrażliwość znajdującą się w stanie zapalnym błony śluzowej. Podobne działanie wywiera często i para wodna oraz okłady Priessnitzowskie lub lodowe na szyję.

Gdy wszystko to nie osiąga celu, pozostaje intubacja. I tu, podobnie jak w razie obfitego wysięku, intubacja może być stosowana w sposób dwójaki. Jeżeli napady duszności nie często się powtarzają, wówczas wystarczyć może wprowadzenie rurki na czas krótki, kilka minut *resp.* godzin. Naturalnie, gdy po ekstubacji napad się powtórzy, wprowadzamy rurkę ponownie. To intubowanie „przerywane” w krupie „skurczowym” ma jednak inne znaczenie, niż krótkotrwałe intubowanie w krupie „błoniastym”. Tam szło o zeszkrobanie błon rzekomych, o wytarcie krtani (*écouvillonnage*), tu zaś dążymy tylko do rozszerzenia głośni skurczowo zwartej podczas napadu. Po przejściu napadu sztuczne rozszerzenie staje się zbytecznym, i rurkę możemy usunąć. W pewnych razach, z przyczyn bliżej nam nieznanych, krótkotrwałe to intubowanie wtedy tylko okazuje się skutecznym, gdy rurkę usuwamy nie zaraz, lecz dopiero po upływie jednej lub kilku godzin¹⁰⁾. Jeżeli jednak napady zbyt są uporczywe i zbyt często się powtarzają, rurkę pozostawić musimy w krtani przez czas dłuższy w nadziei, że przez ten czas pod wpływem surowicy przyczyna, wywołująca kurcz, przestanie działać. Intubacja przerywana, nawet częściej powtarzana (byle z dostateczną wprawą, gdyż i podczas

¹⁰⁾ Dla przykładu przytoczę tu przypadek, intubowany przeze mnie w maju r. z. Moszek F., lat 8½, przybył do szpitala dla dzieci w. m. do oddziału kol. KORALA dnia 22 maja wieczorem z trwającą jeden dzień dopiero chrypka, kaszlem krupowym, dusznością, stale wzmagającą się. Wciążanie znaczne w okolicy nadbrzuszej. Gardziel i nagłośnica czyste. Chory otrzymuje 2000 jednostek surowicy. Inhalacje.

23. V. Ciepłota 38,4°. W południe zjawił się napad zaduszania z sinicą. Intubacja. Chory otrzymuje drugą taką samą dawkę surowicy. P o k w a d r a n s i e rurka zostaje usunięta. Wciążanie bardzo nieznaczne. O godz. 9½ wieczorem ponowny napad zaduszania. Reintubacja. Wprowadzanie rurki wywołuje gwałtowny kaszel, chory jednak nie prócz śliny nie wypływa. Po upływie 1½ godz. ekstubacja. Wieczorem ciepłota 39,0°. 24. V. Ciepłota 37,8°. Tętno 120. Całą noc wciążanie okolicy nadbrzuszej, dziś zrana objawy zwężenia silniejsze. Na tylnej ścianie gardzieli dwa małe naboty. Głos bezdźwięczny, mówi szeptem. W południe pojawił się napad zaduszania z sinicą, trwający kilka minut. O godz. 3½ po południu duszność znowu się wzmogła. Intubacja. Po upływie 1¾ godz. ekstubacja. Oddycha dobrze. Wieczorem ciepłota 37,6°. 25. V. Ciepłota 37,6, tętno 104. W nocy oddychał dobrze; zrana zaczął nieznacznie wciążać. Naboty w gardzieli znikły. O godz. 7 wieczorem napad duszności ze znacznym wciążaniem (bez sinicy). Intubacja na 5 minut. Po wyjęciu rurki duszność ustąpiła. Codeini phosphoric 0,005. S. 4 proszki dziennie. Wieczorem ciepłota 38,0°.

Od tego czasu duszność nie powracała już więcej. 31. V. chory wypisuje się z głosem zupełnie czystym.

Bogata kaszyluska, dotycząca intubacji przerywanej, zebrała panna Marya SCHULTZ w swej tezie doktorskiej p. t. Contribution à l'étude du traitement opératoire du croup. Paryż 1897.

Przy intubacji przerywanej, zwłaszcza w tych przypadkach, w których rurkę pozostawiliśmy na kilka godzin, poprawa być może, zależy także od ucisku, wywieranego przez rurkę na infiltrowaną i obrzękniętą błonę śluzową krtani.

wprowadzania rurki wywołać można poważne nieraz uszkodzenia¹¹⁾, posiada tę niezaprzeczoną wyższość nad pozostawieniem rurki przez czas dłuższy, że unikamy uszkodzeń krtani (na szczęście nie częstych), zawdzięczających swe pochodzenie długotrwałemu uciskowi, wywieranemu przez rurkę.

Główna więc różnica w leczeniu przypadków krupu, w których przeważa ta lub inna przyczyna duszności, sprowadza się do tego, że środki wymiotne i wykrztuśne, na które w nader nieznacznej zresztą mierze liczyć możemy przy obfitym wysięku w krtani, powinny być zupełnie zaniechane w tych przypadkach, w których przeważają objawy skurczowe. W tych ostatnich więcej pożytku oczekiwać należy od środków narkotycznych. Co zaś do innych środków, jak surowica, para wodna, intubacja, to te stosowane są jednakowo w obu postaciach, lecz działanie ich w każdej z tych postaci jest różne. Tracheotomia pozostanie zawsze jako *ultimum refugium* w tych przypadkach, w których intubacja nie prowadzi do celu lub z jakichkolwiek powodów jest przeciwwskazana.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 7 Lutego r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — a) przedstawienie okazu śluzo-mięśniaka (*myxo-myoma*) macicy; b) przedstawienie preparatu mięśniaka (*myoma*) więzła szerokiego macicy. 2) ORZEŁ — przedstawienie preparatu mięsaka nerki. 3) BIERNACKI — „Istota i granice wiedzy lekarskiej“.

Kol. NEUGEBAUER przedstawia macicę, wyciętą w całości u 43-letniej, a od 20 lat zamężnej kobiety starozakonnej. Chora ta urodziła 12 dzieci, później 2 razy poroniła, ostatnio przed 4 laty. Przy badaniu kol. N. rozpoznał guz, jako wielki włókniak wewnątrzmaciczny. Kol. N. rozpoczął operację od otworzenia tylnego sklepienia pochwy i otrzewny, podwiązał obie tętnice maciczne i odseparował pęcherz od macicy. Wobec jednak wielkości macicy, kol. N. nie zdecydował się na *morcellement* macicy; dodał więc cięcie brzuszne w położeniu TRENDLENBURG'a i dokończył wycięcia macicy po podwiązaniu obu tętnic nasieniowych wewnętrznych. Guz wielkości 1½ pięści dorosłego człowieka okazał się śluzo-mięśniakiem ściany macicznej o bardzo szerokiej podstawie. Do operacji przystąpiono wskutek silnych krwotoków, trapiących chorą w ostatnich czasach.

b) W przypadku drugim kol. N. przy badaniu 42-letniej kobiety, która skarżyła się na dokuczliwe bóle, znalazł guz wielkości 1½ pięści dorosłego człowieka, wśród więzła szerokiego prawego. Kol. N. dokonał cięcia brzuszego, przerwał przedni listek więzła szerokiego, potem cały guz na tępo palcem wyluszczył. Guz nie miał ścisłego związku z macicą. Przedstawiony guz okazał się mięśniakiem więzła szerokiego. Mięśniaki należą do rzadszych nowotworów więzów szerokich.

2) Kol. ORZEŁ przedstawia okaz mięsaka lewej nerki, znaleziony przy badaniu pośmiertnym u dziewczynki, 2½ roku liczącej. Dziewczynka ta umieszczona została w oddziale chirurgicznym w szpitalu dla dzieci z powodu dużego guza w jamie brzusznej. Przed 3 miesiącami dziewczynka ta zapadła na ciężki rozstrój przewodu pokarmowego, który z różnym natężeniem objawów, głównie rozwolnienia, trwał przez przeciąg 4 tygodni. Kiedy dziewczynka czuła się już lepiej, matka zauważyła u niej w okolicy lewego podżebrza niewielki guz okrągławy. Guz ten

¹¹⁾ Uszkodzenia te VARIOT i GLOVER zebrali w osobną grupę pod nazwą *lésions d' introduction*. *Traité Grancher'a, Comby'ego i Marfan'a*, Tom III.

szybko wzrastał, stale opuszczając się ku dołowi. Jednocześnie chora zaczęła chudnąć i tracić sily. Przy badaniu można było wyczuć w jamie brzusznej dwa guzy: jeden o rozmiarach głowy dorosłego człowieka, wypełniał lewą połowę jamy brzusznej, przechodząc nawet za białą smugę ku stronie prawej; górna granica guza ginęła pod lewym łukiem żebrowym, od dołu guz dosięgł miednicy, guz ten nie przesunął się, miał gładką powierzchnię, był elastyczny i chęłboczący. Drugi guz w prawem podżebrzu, wielkości pięści dorosłego człowieka, okrągławy, nie łączył się bezpośrednio z poprzednim. Wobec danych badania fizycznego i wyniszczenia dziecka, kol. O. sądził, iż ma do czynienia z nowotworem złośliwym w jamie brzusznej. Aby ulżyć dziecku, wykonał, ze względu na objawy wyraźnego chęłbotania, przekłucie cienkim trójgranicem w najwięcej wypukłej części dużego guza, mając na widoku wypuszczenie zawartości guza. Przekłucie wykazało obecność w guzie przezroczystego płynu koloidalnego. Stan dziecka w szpitalu pogarszał się z dnem każdym. Po kilku dniach dziecko zmarło, a badanie pośmiertne wykazało, iż mniejszym guzem był żołądek, większym zaś mięsak lewej nerki.

3) Treść całości odczytu kol. BIERNACKIEGO p. t. „Istota i granice wiedzy lekarskiej“ jest następująca: Zaznaczywszy popularność medycyny, a małą znajomość podstaw nauki lekarskiej wśród szerszego ogółu, kol. B. rozebrał pojęcia: „poznanie“ i „rozpoznanie“ choroby, wykazując, iż rozpoznanie chorób (dyagnostyka) stoi wyżej, niż poznanie chorób, gdyż poznanie wielu chorób jeszcze zupełnie nie mamy. Mimo to leczenie, które może być tylko po poznaniu choroby racjonalne, istnieje. Genetycznie jest to leczenie objawowe. Dla chorego różne dolegliwości są często całą chorobą (np. ból), dla wiedzy zaś lekarskiej dolegliwości takie są przeważnie tylko objawami chorób. W starożytności istniało obok tego leczenia i leczenie racjonalne, wypływające z pojęcia choroby, jako następstwa osiedlenia się w ustroju złego ducha lub kary ze strony dobrego. Leczenie w tych razach polegało na modlitwach i ofiarach. HIPPOKRATES pierwszy oczyścił wiedzę lekarską z nadnaturalizmu, wprowadził pewne ogólne wnioski i w leczeniu zalecił naśladować naturę, wskazując i uznając samoleczenie, jako podstawowy czynnik leczniczy.

Przedstawiwszy w dalszym ciągu historyczny rozwój leczenia i medycyny, kol. B. wspominał o początkach anatomii, o zasługach GALEN'A, o upadku wiedzy lekarskiej w pierwszych wiekach chrześcijaństwa, o przechowaniu naukowej tradycji przez Arabów, o wznowieniu anatomii przez VESAL'A, podał charakterystykę leczenia średniowiecznego („systemy“), wspominał o zapoczątkowaniu anatomii patologicznej przez MORGAGNI'ego, o wynalezieniu perkusji i auskultacji, o szkole wiedeńskiej ze SKODĄ na czele, która dowiodła, iż istnieje samoleczenie, jako prawo przyrodnicze. W dalszym ciągu kol. B. dłużej zastanawia się nad samoleczeniem, uważając je za podstawowy czynnik leczniczy, rozbiera działanie lecznicze środków, wywierających bezpośredni wpływ leczniczy, środków, pomagających naturze i symptomatycznych i dochodzi do wniosku, że wiedza lekarska, krocząc drogami naukowemi, zdobędzie więcej środków na choroby, tembardziej, iż współczesny ruch myśli ludzkiej doprowadził do szerokiego zastosowania w leczeniu różnorodnych czynników, dopomagających samoleczeniu. Tu kol. B. podnosi wykrycie zasady czystości, znaczenie odżywiania, dobrego powietrza, światła, wody, izolacji i t. d. Wreszcie kol. B. mówi o czynniku psychicznym i o psychoterapii.

Zestawiając znaczenie współczesnych pomocy leczniczych, kol. B. dochodzi do wniosku, że medycyna daleko rzadziej ratuje bezpośrednio życie choremu, niż to powszechnie mniemają, częściej może przedłużać życie, a najczęściej podaje pomoce tylko objawowe.

Rozpoznanie choroby podług prelegenta niema znaczenia, jako prawidło, dla samej chorej jednostki; dla lekarza zaś ma znaczenie ze względu na rokowanie i we względzie społecznym (choroby zakaźne). W niektórych razach rozpoznania nie mają znaczenia (wiele dyagnoz z zakresu chorób serca i nerwowych) ani we względzie czysto lekarskim, ani też we względzie abstrakcyjno-naukowym.

Dyagnostyka i współczesna wiedza o chorobie są produktami naukowego rozwoju medycyny. Znaczna część współczesnych pomocy leczniczych istniała już wtedy, kiedy nie było prawie żadnej nauki medycyny. Wiedza lekarska składa się więc z dwóch działów, które nie mają stałego związku. Lekarze różnią się pomiędzy sobą daleko więcej co do wiedzy o chorobie i jej rozpoznaniu, niż co do znajomości pomocy leczniczych, wymagających osobistej wprawy, dla ogółu chorego różnicę wartości lekarzy wytwarza przede wszystkim czynnik psychiczny lecznictwa. Kol. B. rozbiera warunki istnienia tego czynnika, wskazuje odrębność sławy lekarskiej w porównaniu ze sławą artystów i innych zawodowców, niezależność jej od sławy naukowej, wnioskuje o konieczności etyki lekarskiej i wskazuje pokrewieństwo zachodzące pomiędzy współczesną korporacją lekarzy a dawną kastą kapłanów. Prelegent uważa utylitaryzm za podstawową przyczynę powolnego rozwoju medycyny. Utylitaryzm prowadzi do wytwarzania pozornie racjonalnych „systemów“ leczniczych. Przez swoistość przedmiotu naukowego i przez wzmoczenie subiektywizmu również utrudnione jest zdobycie prawidłowych pojęć lekarskich.

U chorego i jego otoczenia, znajdujących się w stanie afektu, subiektywizm panuje niemal niepodzielnie. Dalej kol. B. rozbiera mistycyzm w historii medycyny. Pokrewieństwo medycyny i religii uwydatniło się istnieniem sekt lekarskich, powstałych wtedy, kiedy medycyna wstąpiła na prawdziwe naukowe tory. Prelegent podaje treść dawniejszych i współczesnych sekt lekarskich: homeopatyi, rademacherianizmu, medycyny ludowej i „leczenia naturalnego“ i podnosi, że wprowadzenie do współczesnej terapii czynników ogólnie fizycznych (wodolecznictwo, dyetetyka) medycyna zawdzięcza nieuświadomionej działalności nielekarzy, którzy czynili doświadczenia w ogromnym zakresie i niewątpliwie kosztem wielu ofiar zdobyli duży materiał naukowy. W końcu prelegent mówi o szkodliwej działalności sekciarzy, objaśnia powodzenie sekt lekarskich we współczesnym społeczeństwie i wątpi, czy sekciarstwo kiedykolwiek wyginie. Nie powinno być ono tolerowane, prawo działania w społeczeństwie posiada tylko medycyna naukowa.

W dyskusji kol. JANOWSKI zaznacza, iż nie jest w stanie zrozumieć celu tego odczytu, gdyż poruszone zbyt powierzchownie przez kol. B. wszystkie pytania znane są lekarzom. Jeżeli zaś kol. B. chciał tyle spraw ogólnych z medycyny przedstawić szerszemu ogółowi, to w takim razie cel odczytu jest chybiony. Popularyzować bowiem można, zdaniem kol. JANOWSKIEGO, tylko to z nauk lekarskich (zarówno jak i z innych), co jest już bezwzględnie pewne, w czym niema naukowych wątpliwości. Popularyzowanie zaś pytań spornych jest rzeczą niepożądaną, bo zamiast oświecać, sieje w sferach nienaukowych ziarno wysoce szkodliwej wątpliwości. Kol. JANOWSKI nie zgadza się z prelegentem, aby nie były potrzebne lekarzom rozpoznania, ani naukowe przygotowanie do trafnego leczenia. Gdyby ogół uwierzył kol. B., iż w leczeniu jesteśmy bezsilni, iż wszystko, co robimy, jest sugestią, to w takim razie uczyni on moralną krzywdę temu ogółowi, gdyż odbierze mu wiarę, że lekarz ma zasady choćby tylko do tej lub innej sugestyi w danym przypadku. Kol. B., pozbawiając chorego wiary choćby w rokowanie lekarza, pozbawia go najważniejszej otuchy w chorobie. Stanowi lekarskiemu zaszkodzić to nie może, bo człowiek chory, nawet sceptyk, zawsze w prawdziwej

potrzebie zwróci się do lekarza. Choć kol. B. bardzo przesadził, twierdząc, że dajemy społeczeństwu tylko pomoc psychiczną, to jednakże właśnie z tego punktu widzenia nie powinien mieć na celu wzbudzania takich wątpliwości w społeczeństwie. Przedstawiając ogółowi, iż nowoczesne metody leczenia są oparte na błędnych sposobach rozumowania, kol. B. wybrał, jako przykład, doradzanie 6—7 lat temu podskórnych wlewań w cholery, przez co zapomina, iż nikt z nas nie przypuszczał, aby to była racjonalna metoda leczenia; wszyscy pojmowaliśmy ten zabieg, jako jedną z metod leczenia objawowego. Kol. B. nie wspomniał o prawdziwym tryumfie seroterapii.

Kol. B. w swym odczycie pominął wszystko dodatne, a wybrał tylko wątpliwe.

Prof. BRODOWSKI oponuje przeciw użyciu przez kol. B. nazwy: sekty lekarskie i dowodzi niesłuszności tej nazwy. Nie zgadza się również prof. BRODOWSKI ze zdaniem prelegenta, aby bez rozpoznawania choroby można było przedsięwziąć w leczeniu jakiegokolwiek racjonalne postępowanie. Medycyna, zdaniem prof. B., nie jest tak dawno nauką ścisłą, bo dopiero zaczęła ona rozwijać się na naukowych podstawach od czasów VIRCHOW'a.

Kol. NUSSBAUM zaznacza, iż praca kol. B., przeznaczona dla publiczności, raczej szkodę, niż pożytek przyniesie, zaciemni bowiem jeszcze bardziej poglądy jej na znaczenie medycyny współczesnej, a w wielu względach wprost błędne zaszczerpi jej mniemanie.

Medycyna jest jedną z najmłodszych nauk, albowiem dopiero na podstawie znakomitego rozwoju fizyki, chemii i biologii mogła stać się ona prawdziwą nauką. Tak zwana medycyna starożytnych i medycyna średniowieczna i późniejsza jeszcze mają to tylko wspólne z dzisiejszą medycyną, że do jednego zmierzały celu: do walki z chorobą. Czyni się ujmę dzisiejszej medycynie, krytykując ją równoległe z dawniejszymi pomysłami kapłanów, lekarzy, cudotwórców, kwakralberów, usiłujących znajdować środki na choroby, ale nie mających absolutnie nic wspólnego z nauką. Również nie godzi się współrzędnie oceniać metod leczniczych, przez naukę dyktowanych, ze środkami i metodami szarlatanów, a tem mniej mówić o nich, jako o przedstawicielach sekt w medycynie.

Utrzymując, że rozpoznanie jest niemal zbyteczne dla leczenia, kol. B. zaciemnia pogląd publiczności na zadanie lekarza i sztuki lekarskiej.

Wychodząc ze stanowiska, na jakim stoi publiczność, a mianowicie: wyleczyć się, kol. B, jak i większość lekarzy, nie zdaje sobie ścisłej sprawy z zadań terapii.

A zadaniem terapii jest:

1) odwracanie zagrażającej już śmierci; w tych razach sztuka nasza dokazuje niekiedy prawdziwych cudów; dość wspomnieć tutaj o takich zabiegach lekarzy, jak przecięcie tchawicy, tamowanie krwotoków, zabiegi w zatruciach, upusty krwi i t. d.

2) przedłużanie życia chorego; i w tym względzie sprawność terapii jest bardzo doniosła, higienoterapia jest jedną z najdonioślejszych metod terapeutycznych.

3) usuwanie cierpienia; zwalczanie cierpień ludzkich, kojenie bólów jest tak doniosłym i tak najczęściej wdzięcznym zadaniem lekarza, że, gdyby medycyna umiała tylko koić bóle, to już przez to byłaby umiejętnością pierwszorzędną.

4) czwarte dopiero miejsce w zadaniach terapii może zająć usuwanie

5) nie małą też zasługą nauki lekarskiej jest możność jej w zadaniu podnoszenia sprawności ustroju.

Zdaniem kol. N., kol. B. nie rozjaśnił zadania i istoty medycyny, lecz je raczej zaciemnił, a nauka medycyny wyda się publiczności po przeczytaniu pracy kol. B. wbrew wprawdzie w dużo gorszym świetle.

Kol. WINIARSKI oponuje przeciw ogłoszeniu drukiem II części odczytu kol. B., gdyż prelegent, mówiąc o wynikach leczenia, przypisuje wyłączną rolę samowyleczeniu, a zbyt mało uwzględnia stosowane z pożytkiem dla chorych niektóre środki farmakologiczne, pomija milczeniem pomysłne wyniki leczenia niektórych chorób skórnych i zapomina o wynikach takich metod leczenia, jak elektroterapia i masaż.

Kol. RYCHLIŃSKI zwraca uwagę, że kol. B. niesłusznie dzieli na sekty różne szkoły lekarskie i nielekarskie. Nauka dąży do zdobywania uświadomionych pojęć, może mieć przeto zwolenników tych lub owych poglądów, sekciarstwa jednak nie dopuszcza.

Kol. Z. KRAMSZTYK nie uznaje, by pracę kol. B. można uważać za szkodliwą, wolno każdemu ogłaszać to, co myśli.

Kol. GROSGLIK nie sądzi, aby praca kol. BIERNACKIEGO mogła wywołać jakikolwiek zwrot szkodliwy w zapatrywaniach społeczeństwa na medycynę i lekarzy, jako jej przedstawicieli, gdyż ogół inteligentny bardzo sceptycznie zapatruje się na wartość poglądów, wygłaszanych przez lekarzy - literatów, jeżeli poglądy te stają w rażącej sprzeczności z powszechnie panującymi.

Zdaniem kol. G., kol. B., zapowiedziawszy w Towarzystwie odczyt p. t. „Istota i granice wiedzy lekarskiej“, zamiast mówić o istocie i granicach wiedzy lekarskiej dał bardzo pobieżny szkic z historii medycyny i wygłosił mnóstwo zdań, których związku z tytułem zapowiedzianego odczytu dopatrzeć się trudno.

Kol. G. zalicza do rzędu paradoksów tego rodzaju twierdzenia kol. B., że np. terapia może się obejść bez ścisłego rozpoznania, że przy łóżku chorego zaciera się wybitne różnice między lekarzem uzdolnionym a rutynistą, że w wielu razach lekarza może zastąpić doświadczony felczer i t. p. Kol. G. zbija tego rodzaju zapatrywania kol. BIERNACKIEGO szeregiem przykładów i argumentów.

Kol. DUNIN również sądzi, iż pracy kol. B. szkodliwą nazwać nie można, gdyż publiczność, a tembardziej człowiek inteligentny, nie uwierzy, aby rozpoznanie dla leczenia było niepotrzebne. Zdaniem kol. D. w wielu razach leczenie bywa zbyt szybkie, jednakże chcąc umotywić to lub inne postępowanie, lekarz powinien rozpoznać chorobę. Kol. DUNIN nie zgadza się również ze zdaniem kol. B., aby felczer mógł zastąpić lekarza, gdyż felczer, jeżeli coś zaleca choremu, czyni to bez uświadomienia swego postępowania. Kol. DUNIN oponuje przeciw dzieleniu lekarzy na sekty, jak również protestuje przeciw nazywaniu fuszerów lekarzami i wykazuje różnicę pomiędzy lekarzem naukowym a fuszerem.

Kol. FLAUM nie chce dotykać błędów naukowych pracy kol. B., traktuje ją zaś tylko jako rozprawę popularną, w której widzi kardynalne wady. Kol. FLAUM sądzi, że z całego zakresu medycyny popularyzować można i należy tylko anatomię, fizjologię i higienę. Zdaniem kol. F., praca kol. B. przysporzy nie tyle może moralnej, ile umysłowej szkody czytelnikom, dla których ma być przeznaczona.

Kol. MARKIEWICZ, nadmieniwszy o niewłaściwości formy pogawędki, w jakiej kol. B. wygłosił swój odczyt, zaznacza, że praca kol. B. spaczy tylko pojęcia publiczności w niektórych szczegółach, zwłaszcza w biologii.

Kol. BIERNACKI w odpowiedzi oponentom zaznacza, iż nie może być przedmiotem dyskusji kwestya, czy ma on prawo, czy też nie, dawać pracę swoją w rę-

ce szerszego ogółu, gdyż praca ta jest jego osobistą własnością. Termin: sekciarstwo lekarskie zaczerpnął kol. B. z dzieła SAMUEL'a „Lehrbuch der allgemeinen Therapie“, skąd wzięty został przez kol. B. i materiał faktyczny w tym kierunku. Kol. B. utrzymuje, iż w swym odczycie podnosił wszystkie zdobycze naukowe, znaczenie czynników ogólnych, zwracał uwagę, że są to uniwersalne nasze lekarstwa, że na te najważniejsze i podstawowe elementy terapii ludzkość najdłużej czekała, i podnosił ważność środków narkotycznych. Być więc może, został źle zrozumiany. Co się tycze stosunku rozpoznawania chorób do ich leczenia, to kol. BIERNACKI sądzi, że rozpoznanie dla samej chorej jednostki niema znaczenia, bo nie mamy lekarstw na choroby, lecz posiadamy tylko pomoce symptomatyczne. Rozpoznanie stosunkowo tylko rzadko ma znaczenie dla leczenia; ma ono znaczenie często dla lekarza we względzie rokowania i społecznym.

Kol. BIERNACKI wątpi, by praca jego miała wywołać przewrót w zapatrywaniach ogółu na sprawę lekarskie.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny zawodowej i przemysłu z dnia 23 lutego r. b.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący odczytał list p. TUSZEWSKIEGO do d-ra POLAKA w sprawie materiałów, używanych do wyściełania mebli. List ten skierowała rada Towarzystwa do wydziału dla rozpatrzenia tej kwestyi. Wydział postanowił poprosić p. TUSZEWSKIEGO o przedstawienie techniki przygotowywania włosia na jednym z następnych posiedzeń. D-r TOCHÓRZ-NICKI podjął się obrobić tę kwestyę ze strony naukowej.

Następnie kol. ŁAZAROWICZ wygłosił zapowiadany odczyt „o organizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach warszawskich“.

W prawach obowiązujących tylko 2 §§ mówią o pomocy lekarskiej w fabrykach; jeden żąda urządzenia szpitali fabrycznych z ilością łóżek w stosunku 1 na 100 robotników, drugi zabrania pobierać wynagrodzenia od robotników za pomoc lekarską bez bliższego komentarza, co się przez pomoc lekarską rozumie.

Rozporządzenie, wydane przez warszawski urząd do spraw fabrycznych, wymaga, żeby każda fabryka, mająca 100 robotników lub więcej, miała stałego lekarza i felczera i dawała lekarstwa chorym bezpłatnie. Lekarz powinien odwiedzać fabrykę dwa razy na tydzień; w ambulatoryum fabrycznem powinno być tyle łóżek, ile setek robotników fabryka zatrudnia.

Z 210 fabryk warszawskich, które dostarczyły danych, w 60 (zatrudniających przeszło 10000 robotników), pomoc lekarską na koszt fabryki otrzymują robotnicy i ich rodziny, w 92 (z 12000 robotników) tylko pracujący, w 34 (z 1167 robotnikami) wzywają lekarzy w razie potrzeby i wynagradzają ich od wizyty, w 24 (z 540 robotnikami) lekarza wcale nie wzywają.

Kol. Ł. uważa za wysoce niesprawiedliwe niedopuszczanie rodzin robotników do korzystania z bezpłatnej pomocy lekarskiej; korzystanie z bezpłatnych ambulan- sów przez robotników, jako niemoralne, nie powinno być tolerowane.

Wynagradzanie lekarza fabrycznego od porady jest niedogodne zarówno dla lekarzy, jak i dla robotników, którzy najczęściej nie korzystają w takim wypadku z przysługującego im prawa ze zrozumiałych powodów.

W 116 fabrykach, zatrudniających 19.363 robotników udzielono 66853 porad, t. j. przecięciowo 3 porady na 1 robotnika rocznie. W lepiej zorganizowanych pod względem porady lekarskiej fabrykach wypada 10—18 porad rocznie na jednego robotnika.

Wynagradzanie lekarzy jest bardzo niskie, gdyż w 116 fabrykach warszawskich wynosi razem zaledwie dwa razy tyle, co wynagrodzenie 5-iu lekarzy zakładów Bolesławsko-Sosnowickich, wynoszące 12700 rubli.

Pod względem ilości fabryk, wypadających na 1 lekarza, była duża różnorodność, 1 lekarz miał 14 fabryk, 1 — 6, 8 lekarzy miało po 4, 6 — po 3, 21 — po 2, wreszcie 74 po 1.

Maximum robotników na jednego lekarza w Warszawie nie jest oznaczona. Kol. Ł. żąda, żeby ono było oznaczone na 2000 robotników, o ile pracują w jednym zakładzie; w kilku fabrykach chce, żeby było jeszcze mniejsze.

Minimum robotników, przy którym prawodawstwo fabryczne wymaga organizacji pomocy lekarskiej, nie jest oznaczone. Kol. Ł. proponuje cyfrę 16, o ile fabryka nie posilkuje się motorami.

Pomoc lekarzy specjalistów jest zaledwie w kilku fabrykach zorganizowana; w innych odsyłają chorych do ambulatoryów, co nie powinno być tolerowane.

Prawodawstwo fabryczne wymaga instalacji felczerów przy fabrykach. Kol. Ł. uważa to za nieracjonalne w naszych warunkach; felczer ma być zastąpiony przez posługacza ambulatoryjnego, apteczką zaś fabryczną ma zawiadywać aptekarz, lub, jak w Warszawie, słuchacz kursów farmaceutycznych. W 132 fabrykach warszawskich wydają rocznie 39546 rb. na lekarstwa (około 2 rubli na robotnika); pomimo to robotnicy nie korzystają w dostatecznym stopniu z lekarstw na koszt fabryki. Rozwiązaniem kwestyi byłoby zakładanie aptek przez fabryki; podług kol. Ł. lekarstwa kosztowałyby wtedy przecięciowo 5—10 kop., i gdyby fabryka pobierała nawet od członków rodzin robotników opłatę po 5 kop. za wzięte lekarstwo, robotnicy byłiby bardzo z tego zadowoleni.

Ambulatorya fabryczne, urządzone w obrębie fabryki, są w większości wypadków nieodpowiednie. Zdaniem kol. Ł. należałoby je urządzać w specjalnie wynajętym lokalu po za fabryką; powinny się one składać z 3 pokojów: poczekalni, właściwego ambulatoryum i apteki. Kol. Ł. chce skasowania rozporządzenia o utrzymywaniu tylu łóżek, ile jest setek robotników w fabryce, gdyż łóżka te niepotrzebnie zajmują tylko miejsce.

Dozór sanitarny nad fabryką należy obecnie do przedstawicieli różnych władz; jest to niepraktyczne. Należałoby dozór polecić lekarzowi fabrycznemu i zrobić go odpowiedzialnym za stan sanitarny fabryki.

Nad tymi wnioskami kol. Ł., toczyła się ożywiona dyskusya, w której przyjmowali udział: kol. TCHÓRZNIKI, adwokat KRAMSZTYK, który robił uwagi z punktu widzenia praw, dzisiaj obowiązujących, kol. JAKIMIAK, który żądał, żeby Towarzystwo higieniczne wypowiedało swoje zdanie bez względu na obciążenie fabrykantów, kierując się jedynie dobrem sprawy, kol. CIECHOMSKI, który podnosił ważność kas chorych (Krankenkasse), żądał wpłynięcia na władze właściwe, aby wydawały pozwolenia na urządzenie takich kas, wreszcie podnosił ważność ubezpieczenia robotników na czas choroby i rekonwalescencyi.

Wobec spóźnionej pory, dalszy ciąg dyskusyi postanowiono przeprowadzić na następnem posiedzeniu t. j. 23 marca.

Posiedzenie wydziału higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych z dnia 24 lutego r. b.

Posiedzenie to odbyło się pod przewodnictwem d-ra SOKOŁOWSKIEGO, który na ogólne żądanie zastąpił nieobecnego d-ra H. DOBRZYCKIEGO. Przewodniczący wspominał o zasługach niedawno zmarłego ś. p. PRZESMYCKIEGO, założyciela zakładu leczniczego w Sławucie, i zaproponował uczcić pamięć Jego przez powstanie.

Kol. J. ZAWADZKI wypowiedział odczyt „o głównych potrzebach naszych mieszkań letnich“. Mówca zaznaczył szybkie rozwijanie się u nas miejsc letniego pobytu, które będzie ciągle postępowało nie tylko wskutek wzrastających potrzeb ludności, ale także dzięki rozporządzeniom rządowym. Wiadomo bowiem, że departament dóbr państwa, dla zwiększenia dochodów z lasów, wypuszcza w długoletnią (99 lat) dzierżawę małe działki lasów (1 morga) na budowanie mieszkań letnich. Spekulację ograniczono warunkiem, że nikt nie może nabyć więcej, niż 3 działki. Rozporządzenie to uprzystępnia korzystanie z mieszkań letnich biedniejszej ludności i stwarza konkurencję dla istniejących już osad letnich.

Ten szybki rozwój mieszkań letnich oraz znane ich braki pod względem sanitarnym skłoniły kol. ZAWADZKIEGO do poruszenia w Tow. hig. sprawy uzdrowotnienia naszych siedzib letnich dla wypracowania w łonie wydziału zdrojowisk pewnych przepisów, pewnego typu mieszkań, odpowiadającego wymaganiom higieny. Prelegent zaczął od określenia pojęcia „letnie mieszkanie“ i doszedł do wniosku, że przez nie należy rozumieć o d p o w i a d a j ą c e warunkom sanitarnym domy mieszkalne, położone przynajmniej o 10 wiorst za miastem, zdala od wielkich fabryk w miejscowości z d r o w e j. Warunki klimatyczne małą tu grają rolę, chociaż pożądaną jest większe wzniesienie nad poziom morza oraz obecność lasu iglastego. Ważniejsza jest gleba, która powinna być przepuszczalna, grubo lub średnio-ziarnista z głęboko położoną wodą zaskórną (a więc nie nadają się tu np. miejscowości leżące wzdłuż drogi wilanowskiej, gdzie woda zaskórna znajduje się często na 1—2 łokcie pod powierzchnią). Miejscowości takie powinny posiadać jaką taką roślinność, najlepiej las sosnowy, chociaż wystarczą i otwarte pola, porośnięte trawą lub zbożem. Pożądana jest woda rzeczna do kąpieli, a nieodzowna dobra woda do p i c i a, czerpana ze źródeł lub studzien, dobrze utrzymywanych. Domy mieszkalne (najlepiej na jedną rodzinę) powinny stać na wzniesieniu lub na glebie przepuszczalnej, powinny być budowane z drzewa suchego, posiadać dobre wychodki i studnie. Z chwilą utworzenia się osady letniej, należy postarać się o porządne utrzymanie ulic, kanalizację, nadzór nad produktami żywności, urządzenie hoteli, higieniczne utrzymanie świątyń oraz sal publicznych.

Wydział zdrojowisk, według kol. Z., powinien przedyskutować stawiane przezeń wymagania, powziąć odpowiednie uchwały, ogłosić je drukiem, a nawet za pośrednictwem Rady wystąpić do władz z prośbą, aby właściciele istniejących oraz nowo powstających mieszkań letnich do tych uchwał się stosowali. Dla zbadania warunków sanitarnych już istniejących mieszkań letnich kol. J. proponuje wydelegowanie odpowiedniej komisji, złożonej z członków wydziału oraz biegłych techników.

W dyskusji przewodniczący podniósł znaczenie poruszonych przez prelegenta spraw dla naszego społeczeństwa, zwłaszcza z tego względu, że u nas na letnie mieszkania udają się ludzie chorzy.

Następnie rozbiegano po kolei wszystkie punkty odczytu kol. Z. Co się tyczy pewnych kwestyi technicznych, jak urządzenie studzien (artezyjskie i abisyńskie), materiału budowlanego domów (drzewo czy cegła), urządzenia tychże (kuchnia

oddzielnie, czy razem), dróg i t. p., uznano za właściwe zaproszenie do współdziałania sekcji technicznej Tow. popier. handlu. Przewodniczący wymaga izby izolacyjnej dla chorób zakaźnych, p. BIRENCWAJG (z Łodzi) — lodowni, kol. REJCHMAN — oddzielenia kuchni od mieszkań. Redaktor LIBICKI żąda jaknajszyszego przeglądu miejscowości, w których mają być zakładane mieszkania letnie. Niektóre z tych miejscowości zupełnie nie nadają się na mieszkania podczas lata, dlatego należałoby je wskazać publiczności dla oszczędzenia tejeż zawodów i kosztów.

W rezultacie dyskusyi wybrana została komisya, złożona z kol. REJCHMANA, RYCHLIŃSKIEGO, ZAWADZKIEGO Józefa, ZAWADZKIEGO Władysława i redaktora LIBICKIEGO, która obowiązała się z pomocą biegłych jaknajprędzej zdać sprawę z istniejących już mieszkań letnich. Wydział za pośrednictwem rady wystąpi do władz z prośbą, aby desiderata, opracowane przez członków Tow. Hig., zostały uznane za obowiązujące w naszym kraju, gdyż tylko tym sposobem można będzie istotnie wpłynąć na poprawę warunków sanitarnych naszych siedzib letnich.

P.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych.

Część I. Napisał d-r Wilhelm PISEK, b. asystent Uniw. Jagiellońskiego, lekarz ordynujący lecznicy powszechnej we Lwowie. Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie. Kraków 1899 r.

Niedawno wydana część pierwsza dzieła kol. PISKA zawiera w sobie zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego.

Po krótkim ogólnym rzuceniu oka na etiologię i profilaktykę chorób serca, przystępuje autor do wykładu leczenia wad zastawek i poświęca temu przedmiotowi 10 rozdziałów. Omawia owe leczenie w 3 okresach: 1) w okresie utrzymanego wyrównania wad, 2) w okresie chwilowego zniesienia wyrównania i 3) w okresie stałego zniesienia wyrównania.

Najbardziej interesująco przedstawia się opracowanie sposobów postępowania w tym okresie, w którym lekarz najwięcej pożytku chorym przynieść może, t. j. w okresie chwilowego zniesienia wyrównania. A więc mamy tu szczegółowy opis i krytyczny rozbiór dyetetyczno-mechanicznej metody OERTEL'a, takiż rozbiór leczenia wad zastawek za pomocą masażu i gimnastyki szwedzkiej (LING'a) i niemieckiej (ZANDER'a), w końcu, że się słowami autora wyrażę, przegląd balneoklimato- pneumo- hidro- i elektroterapii, mogących mieć tu takie lub inne zastosowanie.

Znaczną przysługę wyświadczył kol. PISEK ogółowi lekarzy polskich, zaznajamiając ich ze sposobami stosowania i wynikami leczenia chorób serca za pomocą gimnastyki szwedzkiej i niemieckiej. Wprawdzie, wykład tych rzeczy jest dość pobieżny i tego rodzaju, że, gdyby kto chciał mieć o nich dokładniejsze pojęcie, musiałby z tą metodą naocznie zapoznać się w jakimkolwiek mechano-terapeutycznym zakładzie, przysługa jednak tkwi w tem, że gdy metodę OERTEL'a mamy już przełożoną na nasz język („Odczyty kliniczne“, „Gaz. lek.“ Zeszyt 9 i 10, 1889), to szczegółów o stosowaniu gimnastyki szwedzkiej i niemieckiej w chorobach ser-

ca, o ile przypomnieć sobie mogą, nikt dotychczas piśmiennictwu naszemu nie przyswoił. Wskazania dla tej metody według autora są te same, co i wskazania dla metody OERTEL'a, a mianowicie początkowe okresy wad zastawek, kiedy występują pierwsze objawy niedomogi serca.

Dalej, nieco dłużej zatrzymuje się kol. PISEK nad połączonym leczeniem wad serca za pomocą kąpeli i gimnastyki, omawia stosowane w tych przypadkach w Nauheim kąpiele słone, kwas węglany zawierające, przedstawia wyniki tego sposobu postępowania, a zarazem zdania o niem wybitniejszych powag naukowych, dochodzi do wniosku, że w pewnych razach z korzyścią dla chorych można je sztucznie w domu przyrządzać i w tym celu podaje odpowiednie przepisy—z naszych solanek za najstosowniejszy do przeprowadzania tego leczenia uważa Truskawiec.

Jeżeli leczenie wad serca we wszystkich ich okresach wogóle może być tylko objawowe, to najbardziej musi ono być takie w okresie stałego zniesienia wyrównania. Że jednak objawy te mają zwykle jeden wspólny punkt wyjścia, to, zdaniem mojem, najlepiejby było leczenie owe objąć razem. Tymczasem kol. PISEK leczeniu każdego objawu poświęca oddzielny rozdział, a więc, że się znowu jego słowami wyrażę, oddzielnie opisuje leczenie takich objawów, jak: *cardiopalms*, *tachycardia*, *bradycardia*, *arythmia*, *embryocardia*, dalej leczenie puchliny, leczenie duszności i sinicy, leczenie zboczeń w narządzie oddechowym, pokarmowym i t.d. Przez to objętość książki niepomiarne wzrosła, a rzecz sama nie wiele na tem zyskuje, gdyż przy takim układzie nieuniknione są częste i nurzące powtarzania się, a nawet i sprzeczności z samym sobą. I tak, np. na str. 78 radzi kol. PISEK, w myśl metody OERTEL'a, w razie nawet już zniesionego wyrównania wad zastawek zmniejszać chorym ogólną ilość pokarmów, co ma wpłynąć na zmniejszenie ilości przyjmowanych przez nich płynów, — to znowu na str. 80 zachwala wyłącznie dietę mleczną. Co do środków sercowych, napotykamy we wspomnianych rozdziałach niezliczoną ilość recept, a chociaż autor analizuje działanie każdego środka po szczególe i stawia drobiazgowo wskazania do jego użycia, to wykład nie daje możności szybkiego orientowania się w wyborze.

By skończyć z rozbiorem leczenia wad zastawek, wspomnieć muszę, iż podaje tu jeszcze kol. PISEK przepisy co do pewnych stosunków osobistych, jakie przytrafić się mogą u tego rodzaju chorych. Szkoda tylko, że przepisy owe nie są zebrane w jeden rozdział, a rozproszone w wielu miejscach książki. I tak, np. wymienia autor, w jakim okresie i przy jakich objawach ze strony serca można chorym dozwalać używać jazdy na rowerze, w innem znowu miejscu zajmuje się rozbiorem pytania, o ile takim chorym pozwolić można na związki małżeńskie. Ostatnie to pytanie może być interesujące chyba z teoretycznego punktu widzenia, bo w praktyce, pomijając już tę okoliczność, iż wielu z chorych często nic nie wie o swym stanie zdrowia, nawet, gdyby wiedzieli, może u innych narodowości, lecz u nas rzadko pewno kto zechciałby w tym względzie zasięgać porady lekarza, a jeszcze rzadziej jej słuchać.

Część I dzieła zamyka wykład i krytyczny rozbiór sposobów postępowania w przeroście, zapaleniach mięśnia sercowego i jego zwyrodnieniach.

Literatura przedmiotu zebrana wszechstronnie, dość powiedzieć, że wykaz, zamieszczony w końcu książki, obejmuje aż 325 prac autorów naszych i obcych, na które to prace powołuje się kol. PISEK w tekście.

Styl dość gładki i jasny, zarzut można tu tylko zrobić co do pewnych terminów i wyrażeń. Ponieważ chęć utworzenia dokładnej terminologii swojskiej

przebijają się teraz u wszystkich ludów, posiadających własne piśmiennictwa naukowe, obowiązkiem przeto lekarza, piszącego książki, powinno być dbać i w tym względzie o poprawność. Już w samym tytule słowo *terapia* również dobrze zastąpione być mogło przez słowo *leczenie*. Następnie czytamy takie wyrażenie, jak badania przy nekroskopiacz zamiast badania na trupach — przewłoczna wada zastawkowa, z przymiotnikiem przewłoczny spotykam się po raz pierwszy, w każdym jednak razie, czy to przewłoczny, czy też przewlekły, przymiotnik w tem miejscu jest zupełnie zbyteczny, bo pojęcie wada serca, rzecz prosta, oznacza sprawę przewlekłą. Albo np. całe takie zdanie, jakie mamy na str. 99: „w ostatnich czasach wprowadził MERGET w Darnshtadzie w handel kołaczyki, zawierające po $\frac{1}{4}$ miligr. digitoksyny do lałatyw, których już doświadczał BARTISTINI“. Dalej, wikt zamiast pożywienia, drugi zarzut kumuluje w tem zamiast tkwi, nawyczki zamiast przyzwyczajenia lub nałogi i t. d.

Pomimo wymienionych drobnych usterek, kończąc tę krótką ocenę, nie mogę się powstrzymać od zdania, iż wobec tego, że dzieł oryginalnych, na szerszą narysowanych skalę, w piśmiennictwie naszym lekarskim ukazuje się, wogóle, mało, za zasługę poczytywać należy autorowi już to samo, iż je o jedno więcej zbogacił. Dzieło to poświęca kol. PISEK swemu nauczycielowi prof. d-rowsi Edwardowi KORZYŃSKIEMU przy zbliżającym się obchodzie jego 25-letniej pracy nauczycielskiej.

Stanisław Lagowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= IWANOW opisuje przypadek rzeźączki u 25-letniej kobiety, zmarłej przy objawach gorączki, zwolnienia uderzeń serca do 35—40, powiększenia tegoż oraz szmeru skurczowego u wierzchołka. Badanie zwłok wykryło w ścianie komórki lewej serca i w warstwie rdzeniowej nerki dwa małe ropnie, w zawartości których znaleziono diplokokki i identyczne z kokami NEISSER'a. (Woj. med. Żur. 6. 98).

= HUBBARD zwraca uwagę na stosunek chorób zębów do innych chorób. Zdaniem jego, wiele cierpień oczu, nosa i szyi zależy bezpośrednio od stanu zębów. Uporczywe bóle głowy znikają niekiedy po usunięciu choroby zębów. (D. M. Zg. 101. 98).

= FARRINGTON występuje przeciw stosowaniu wyskoku w leczeniu chorób, gdyż tenże jakoby upośledza odżywianie, obniża zdolność do pracy i od-

pornosć (sposprzeżenia w wojsku angielskim) i skraca długość życia. Nowsze poszukiwania fizjologiczne wykryły, że wyskok opóźnia prawidłowy wzrost komórek. Nawet jako środek podniecający jednorazowo, wyskok się nie nadaje, ponieważ działanie jego bywa raczej przygnębiające. (D. M. Zg. 98. 101).

= GRANGER zwraca uwagę na psychozy, powstające po zabiegach chirurgicznych, zdarzają się one rzadko. Warunkami uspasabiającymi są: dziedziczność, wiek późny, wiek młodzieńczy, okres przekwitania, przymiot, gruźlica, histerya. Psychozy spozstrzegano po drobnych nawet operacjach, dokonywanych zwłaszcza na narządach moczopłciowych, brzusznych, sutkach i oku (zaćma). Często też powstają psychozy po wyjęciu zęba. Kobiety częściej im ulegają, szczególnie podczas miesiączkowania. Psychoza występuje nie bez-

pośrednio po operacji, lecz dopiero po 1—2 tygodniach, zazwyczaj pod postacią manii ostrej. Zejście bywa pomysłne. Nie należy psychoz tych identyfikować z powstającymi wskutek narkozy. (D. M. Zg. 98. 101).

= VIANNAY opisuje 6 przypadków trzeciorzędnego przymiotu pochwy w postaci bezbolesnych głębokich owrzodzeń, powstałych z rozpadu guziczeków klejakowych i gojących się dobrze pod wpływem jodku potasu. Choroba może powstać pierwotnie w pochwie, lub też, co bywa częściej, przechodzi na nią ze sromu. (Lyon méd. 15. 5. 98).

= Z badań HUBER'a nad rzeżączkowem zapaleniem odbytnicy u prostytutek w pieszteńskim szpitalu Św. Rocha okazuje się, iż powikłanie to występowało u 24,5% chorych. Szczegółne znaczenie w powstawaniu tego cierpienia ma ściekanie ropy z pochwy ku odbytowi. Podobnie, jak rzeżączkę części płciowych, tak i rzeżączkę odbytnicy spotyka się najczęściej u prostytutek, od niedawna swe rzemiosło uprawiających; z 76 chorych — 56 oddawało się nierządowi dopiero od roku. Objawy podmio-

towe są bardzo nieznaczne: swędzenie i lekkie dęcie. Z objawów przedmiotowych zasługują na uwagę: a) szeroki czerwony pas na kroczu; b) wydzielina ropna z odbytnicy; c) pojedyncze krople ropy u wylotów torebek błony śluzowej odbytnicy („gouttes“ JULLIEN'a), widoczne przy badaniu wzornikiem. Badanie wydzieliny na gonokoki powtarzać trzeba kilkakrotnie. Owrzodzeń błony śluzowej HUBER nie spostrzegł. Najczęstszym powikłaniem omawianego cierpienia jest zapalenie dookoła odbytnicy (*periproctitis*), dające powód do tworzenia się przetoki. Rzadziej napotyka się zwężenie odbytnicy bliznowe. Co do zmian anatomicznych, to głównie podlegają cierpieniu gruczoły LIEBERKÜHN'a, umieszczone w błonie śluzowej; gonokoki przenikają wgląd' przez szczeliny łącznotkankowe, nie dochodząc jednak po za warstwę mięśniową błony śluzowej; napotyka się je tylko w miejscach, pokrytych nabłonkiem cylindrycznym; naciek drobnokomórkowy spostrzegać można i w błonie mięśniowej (*tunica muscularis*). Przebieg choroby jest bardzo długi, trwa lata całe. (Wien. med. Woch. 4 czerwca). P.

Wiadomości bieżące.

— W Paryżu pomiędzy 4 a 9 kwietnia r. b. odbędzie się VII międzynarodowy zjazd w sprawie zwalczania alkoholizmu.

— V zjazd internistów francuskich odbędzie się w Lille w d. 2 lipca r. b. Dotychczas wiadome są już następujące tematy: 1) Zapalenie mięśnia sercowego; 2) Przywykanie do leków.

— W dniu 4 września r. b. w Brukseli zbierze się międzynarodowa konferencja w sprawie zapobiegania szerzeniu się przymiotu i wogóle chorób narządów płciowych.

— W Niemczech ministerjum oświaty zażądało od Izb lekarskich miejscow-

wych orzeczenia, jakie szkody wyrządza tak nazwane partactwo lekarskie.

— Zmarli. W dniu 18 lutego w Bodzentynie d-r Aleksander JOPKIEWICZ, zaraziwszy się tyfusem wysypkowym od chorego. Zmarły pozostawił wdowę i czworo drobnych dzieci.

— W Częstochowie d-r Salezy BURSZYŃSKI w 80 roku życia, od 20 lat lekarz klasztoru Jasnogórskiego.

— W Warszawie czasowo bawiący na kuracji d-r Ludwik PRZESMYCKI w 60 roku życia, właściciel zakładu leczniczego w Sławucie.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-cj p. p.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.

W ambulatorjum codziennie otwartem od

10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. **Ambulatoryum** codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Ciepły w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 r. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. **Ambulatoryum** codziennie od 11—12 (niezamo bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromackiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Wirwera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą i do 5 rs. dziennie: całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t.

SZKŁA ISOMETROPOWE

ŁAGODNIEJSZE, MNIEJ
FATYGUJĄ OCZY

Bezbarwniejsze i bardziej
przejrzyste od innych



na każdym szkło

Cena za parę rb. 3.

Przez nie widzi się wyraźniej
i dokładniej.

Mikroskopy HARTNACK'A, Maszyny do pisania, Grafofony, GRAMOFONY.

Wylączna sprzedaż na Królestwo Polskie w Magazynie Optycznym

G. GERLACHA w Warszawie, ulica Czysta Nr. 4.

Prospekty bezpłatnie.

DOM HANDLOWY

Emila Skomorowskiego

Warszawa Nowy-Świat Nr. 36.

TELEFONU Nr. 794.

Dostawca Szpitali, Aptek i Składow Aptecznych

Opatrunki, przybory chirurgiczne, dostawa akurtna,
po cenach umiarkowanych.