

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej. Podał L. Kozicki. (Ciąg dalszy). — Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych. Napisał A. Wizel. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI. 13. O znaczeniu i praktycznej wartości próby tętnic nóg w pewnych na pozór nerwowych chorobach. 14. O konieczności ścisłego dozowania noworodków, urodzonych z morfinistek, i potrzebie zastrzykiwania morfiny celem utrzymania ich przy życiu. 15. Leczenie krztuśca antytussyną. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 31 grudnia r. 1899 i zwyczajne z d. 12 stycznia 1900 r. — BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA. Edmund Biernaeki. „Chałubiński i obecne zadania lekarskie“. — KORESPONDENCYA „MEDYCINY“. Kraków, d. 26. I. 1900. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kozicki — Sur la valeur thérapeutique du sérum antistreptococcique. 2) D-r A. Wizel — Sur le traitement des aliénés par la méthode d'alitement.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kozicki — Ueber den therapeutischen Werth des Antistreptococcenserum. 2) D-r A. Wizel — Die Bettbehandlung der Irren.

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

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO D-RA SAWICKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS
I Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ D-RA PALMIRSKIEGO W WARSZAWIE.

O WARTOŚCI LECZNICZEJ SUROWICY PRZECIWPACIORKOWCOWEJ.

Podał

L. KOZICKI.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 4).

Spostrzeżenie V. M. D. lat 22, mężatką, zapisała się do oddziału chirurgicznego (s. 16) 4. II. 1899 r. z powodu guza w jamie brzusznej. Guz ten spostrzegła chora przed trzema laty; mieścił się wtedy w dołku i dochodził wielkości jaja kurzego. Guz początkowo nie sprawiał chorej dolegliwości, lecz powiększając się stopniowo, szczególnie w ciągu ostatniego roku, wywoływał bóle przy zasznurowaniu gorsetu. Przed 2-ma miesiącami w okolicy

guza wystąpiły bóle gwałtowne, które przeszły przy stosowaniu morfiny i kąpeli ciepłych. Od miesiąca chora czuje przy chodzeniu bóle promieniujące z okolicy dołka w lewy bok i krzyż. Podczas choroby tej bywały kilkakrotnie wymioty żółciowe i odbijanie, szczególnie po użyciu napojów wyskokowych. Przeprowadzone leczenie jodkiem potasu nie wywarło wpływu dodatniego. Ciężkich chorób nie przechodziła, obciążenia dziedzicznego nie ma, od dzieciństwa pojawiały się na skórze plamy żółte w różnych miejscach; objaw ten nie powtarza się od czasu pojawienia się guza. Miesiączkować zaczęła w 13 roku życia, najpierw prawidłowo, od 16-go zaś roku miesiączka trwała po 2 tygodnie, przerwy były tylko dwutygodniowe. Od kilku lat ostatnich miesiączkuje prawidłowo, w ciążę nie zachodziła.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Na ścianie brzusznej widać wypuklenie w dołku, najwięcej na stronie lewej guza, ograniczonego wyraźnie tylko zdołu, w postaci tępego brzegu z charakterem, przypominającym narząd miąższowy. Guz cokolwiek ruchomy na boki, przy głębokim oddychaniu porusza się niewiele; część najwięcej wypukłona, leży tuż pod ścianą brzuszną i przedstawia się jakby zrosniętą z nią na małej przestrzeni; miejsce to przy ucisku jest nieco bolesne. Odgłos wypukowy tępy. Wymiary guza: od brzegu wyrostka mieczykowatego do brzegu dolnego guza 20 cm., wymiar poprzeczny guza, o ile można wnosić, około 10 cm. Obwód brzucha na miejscu wypuklenia największego 76,5 cm., w dolnej części guza 71 cm., na wysokości pępka 73 cm. Przy opukiwaniu okolicy płuca prawego z tyłu w dole stłumienie na przestrzeni 1,5 cm., z boku i przodu granice płuc prawidłowe; pozatem innych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Chora czuje się względnie dobrze, łaknienie dobre, stolec i raz na dzień, w moczu składników nieprawidłowych nie znaleziono, odczyn kwaśny. Przekłucie próbne wykazało, iż zawartość guza stanowi płyn bezbarwny, przezroczysty, dający z półtorachlorkiem żelaza odczyn charakterystyczny dla bąblowca.

14. II. Po parodniowym uprzedniem przygotowaniu chorej, przystąpiono do operacji: cięcie przeprowadzono nieco w lewo od linii środkowej, na miejscu największego wypuklenia guza, od wyrostka mieczykowatego na dół nieco niżej środka odległości od tegoż wyrostka do pępka. Po przecięciu otrzewny znaleziono dość luźne zrosty, które tworzyły sznurki, przebiegające pomiędzy otrzewną i guzem. Aby obnażyć część powierzchni guza, wypadło te zrosty na pewnej przestrzeni porozdzielać, przyczem otworzono jamę otrzewnową od góry i na stronie prawej, w innych zaś miejscach zrosty pozostawiono. Odsunawszy wargi rany hakami nałożono z szwy podług sposobu LINDEMANN'a, łączące obie duże wargi rany z torbielą. Następnie przyciągnięto guz do otrzewny i wypuszczono z guza przyrządem POTAIN'a około 2 litrów płynu przezroczystego, nie zawierającego białka i dającego po dodaniu słabego roztworu półtorachlorku żelaza osad obłoczkowaty, brunatny. Ściana guza miała szaro lub sinawo-żółte zabarwienie. Po usunięciu płynu rozcięto ścianę guza nożem w kierunku podłużnym. Grubość ściany wynosiła w tem miejscu około 0,5 - 1 cm. Brzegi torbieli przszyto do warg rany, wewnątrz worka wypłukano 5% kwasem bornym, usunięto szczypczykami kilka kawałków błony bąblowca. Przekonano się, że torba bąblowca na stronie lewej worka z łatwością daje się uchwycić szczypczykami i wyciągać przez otwór. Wobec tego rozpróto szwy na lewej stronie, wydobyto znaczny odcinek torby nazewnątrz i wycięto, poczem brzeg torby napowrót przy-

szyto do brzegu rany brzusznej. Usuwając ścianę torbieli, odcięto razem z nią kawałki brzegu wątroby, który był tu twardy, cienki, krwawił bardzo słabo. Wewnątrz wszytego worka znaleziono strzępy luźno wiszące ściany bąblowca. Zewnętrzna powierzchnia usuniętych kawałków ściany w wielu miejscach była zabarwiona żółcią. Oddzielnych torbieli wtórnych nie znaleziono. Do wszytego worka wprowadzono trzy duże paski spranej gazy jodoformowej. Jama bąblowca równała się wymiarom dużej głowy człowieka.

15. II.—17. II. Stan chorej najzupełniej pomyślny, uskarża się ona jedynie na zaparcie stolca. Wobec obfitego przesączania się płynu mętnego z przymieszką żółci opatrunki zmieniano codziennie; jamę wypełniano muslinem wyjałowionym.

18. II. Ciepłota $37,2^{\circ}$ — 39° . Czuje się zupełnie dobrze, stolca nie było. Z głębi jamy wycieka płyn mętnawy, przy przemywaniu 5% kwasem bornym z torby, wszytej do ściany brzusznej, wypłynął pęcherzyk bąblowcowy. Na stronie lewej wzdłuż rany na przestrzeni $2\frac{1}{2}$ palców poprzecznych skóra obrzękła, nacieczona, zaczerwieniona i bolesna przy obmacywaniu, brzegi rany z tej strony obrzękłe i zaczerwienione. Po południu dreszcze wstrząsające.

19. II. Ciepłota 37° — $39,4^{\circ}$. Czuje się dobrze. Obrzęk powłok na stronie lewej obok rany rozszerzył się nieco; po usunięciu paru szwów na tej stronie okazało się, że tkanka podskórna jest szara i przepojona ropą posokowatą, także przepojenie w kącie górnym i dolnym rany. Jamę przemyto 5% kwasem bornym, nalano do niej zawiesiny jodoformowej, szare brzegi rany wyjodowano, nałożono opatrunek wyjałowiony pod ceratką.

20. II. Ciepłota $37,6^{\circ}$ — $39,9^{\circ}$. Nocy ubiegłej dreszcze wstrząsające, ból głowy, nad ranem krwawienie z nosa. Tętno 100. Obrzęki i nacieczenie skóry około lewego brzegu rany znacznie większe: usunięto wszystkie szwy, w kącie dolnym i lewym rany oddzielono nożem tkankę podskórna, przepojoną posokowatą ropą, od tkanek żywych. Jamę torby przemyto 5% kwasem bornym, (przy przemywaniu spłynęło kilka pęcherzyków bąblowca), powierzchnię rany wysmarowano 10% chlorkiem cynku; nałożono opatrunek z muslinu, zwilżonego płynem BUROW'a, pod ceratką. Wieczorem dreszcze, ból głowy.

21. II. Ciepłota 39° — 39° . Osłabienie znaczne, krwotok nosowy, tętno 120 słabe, język wilgotny, obłożony nalotem białawym. Stolca nie było. Obumarłe tkanki na wardze rany lewej miejscami poczynają się oddzielać, miejscami pokazuje się ziarnina, w części górnej i dolnej rany przepojenie posokowate utrzymuje się. Do jamy, po przemyciu, jak dni poprzednich, wprowadzono dwa saszki gumowe, nałożono opatrunek przeciwnilny. W południe wobec stanu groźnego chorej zastrzyknięto pod skórę prawego podżebrza w pobliżu rany 50 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMOREK'a. Zalecono lawatywę, po której w parę godzin nastąpiło wypróżnienie obfite. Wieczorem stan ogólny bez zmiany, dreszczy nie było. Worek przszyty do powłok opuścił się na stronie lewej tak, iż trzyma się jedynie w połączeniu z warstwą otrzewnową, cała zaś ściana brzuszna wystaje nad nim; dla podtrzymania go w kącie dolnym rany przez ścianę worka przeprowadzono igłę BENTOCK'a, której końce oparto na ścianie brzucha poza raną. Wydzielina mętna z przymieszką żółci, ranę opatrzone, jak poprzednio. Na stronie lewej poniżej pępka w pobliżu rany zastrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy MARMOREK'a.

22. II. Ciepłota $37,2^{\circ}$, tętno 100 pełniejsze, chora o wiele rzeźwiejsza, nie uskarża się, język wilgotny, obłożony; dreszczy nie było. Rana pokryta strupem szarym; wydzielina z worka gęstsza, niż dni poprzednich. Zastrzyknięto pod skórę podbrzusza prawego 50 ctm. sz. surowicy MARMOREK'a, zmieniono opatrunek. Wieczorem ciepłota $37,4^{\circ}$, tętno 100, chora wygląda znacznie lepiej, uskarża się jedynie na ból w okolicy ostatniego zastrzyknięcia. Opatrunek zmieniono.

Z wydzieliny rany w części zewnętrznej wyhodowałem paciorkowca i lasecznika ropy błękitnej.

23. II. Ciepłota $36,2^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, tętno 96 pełniejsze, chora czuje się zupełnie dobrze. Obumierające tkanki w ranie oddzielają się; pokazuje się ziarnina dobra; wydzielina z worka surowicza z obfitą przymieszką żółci zgęszczonej. Chora czuje się dobrze, zmiana opatrunku.

24. II. Ciepłota $36,7^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, tętno 94, rana oczyszcza się dobrze, wydzielina surowicza z przymieszką żółci, obfita. Stolca nie było. Opatrunek.

25. II. Ciepłota 37° — $37,8^{\circ}$ tętno 100, czuje się dobrze, stolca nie było od czterech dni. Na twarzy i kończynach wysypka w postaci plamek czerwonych małych (na powierzchni tylnej ręki prawej plamki zlewają się) swędzących; pośród nich napotyka się nieliczne drobne pęcherzyki białe. Przy opatrunku muślin jodoformowy zastąpiono wyjałowionym białym. Zalecono ławatywę, po której nastąpił stolec obfity.

26. II. Ciepłota 37° — $37,6^{\circ}$, tętno 106, stan ogólny zupełnie pomyślny, na twarzy i kończynach górnych wysypka gęsta, na tułowiu i kończynach dolnych mniej obfita. Plamki wystają cokolwiek nad powierzchnią skóry, mają kształty nieprawidłowe, wyraźnie ograniczone, dosięgają wielkości od ziarnka grochu do bobu. Rana ziarninuje dobrze

27. II. Ciepłota 37° — $37,6^{\circ}$, tętno 104, wysypka swędząca pojawia się mniej obficie na miejscach nowych, na dawniejszych niknie. Stan ogólny miejscowy dobry.

28. II. Stan chorej zupełnie zadawalający, wysypka znikła. Przebieg dalszy gojenia zupełnie pomyślny, chociaż wytworzył się ropień na miejscu jednego z zastrzyknięć surowicy. Ropień ten nie sprawiał chorej żadnych dolegliwości, pomimo że zajmował znaczną część podbrzusza na stronie prawej; powłoki na nim były zupełnie niezmienione, obmacywanie ich mało bolesne.

Chora długi czas nie zgadzała się na otwarcie owego ropnia, wreszcie 18. III. wykonano w powłokach mały otwór, przez który wypłynęła obfita ilość ropy, założono w głąb' sączonej gumowy, który z powodu małej wydzieliny usunięto już po czterech dniach. Jama worka w tym czasie była już znacznie zwężona. Wydzielina z jamy była prawie czysto żółciowa. Chora opuściła szpital, i po upływie kilku tygodni, w ciągu których parokrotnie zastrzykiwano do worka roztwór azotanu srebra, nastąpiło zupełne zagojenie. Z ropy, którą wypuszczono 18. III. z pod skóry brzucha, wyhodowano paciorkowca i lasecznika ropy błękitnej.

W danym przypadku zakażenie musiało nastąpić podczas operacji lub też przy jednym z pierwszych opatrunków. Doszukując się przyczyn zakażenia, można się było zatrzymać na tym jedynie fakcie, że w tymże czasie w oddziale leżała chora z bardzo ciężkim zakażeniem połogowym, na której z powodu beznadziejnego stanu nie próbowano nawet zastrzykiwać surowicznych. Być może, iż w jakiś sposób niedocieczony od niej zarazek został przeniesiony do chorej operowanej.

Zastrzykiwania surowicy rozpoczęto w 3 dni po wystąpieniu objawów zakażenia. Jakkolwiek rana wyglądała nieco lepiej, gdyż miejscami nalot szary znikł, i pokazała się ziarnina, jednakże wobec wysokiej gorączki i ciężkich objawów ogólnych, jako to np. krwotok nosowy i poczynająca się zapaść, należało wyczerpać, co prędzej, wszelkie możliwe środki ratunku; w tym celu zastosowano podług systemu DENYS'a duże dawki surowicy w okolicy zakażonej rany.

W ciągu doby zastrzyknięto 3 razy po 50 ctm. sz. surowicy MARMOREK'a. Poprawa znaczna nastąpiła w kilka godzin już po drugiej dawce; od tego czasu chora przestała gorączkować, objawy zakażenia ogólnego ustąpiły zupełnie, chora wróciła do sił po paru dniach. W tym też przypadku zmuszeni jesteśmy przypisać surowicy działanie efektowne, przecinające prawie momentalnie sprawę zakaźną. Przypadek ten znacznie ośmielił do zastrzykiwania dawek większych, które stosowano w następnych dwóch spostrzeżeniach, chociaż z wynikiem mniej pomyślnym. Wysypka, którą spostrzegaliśmy u M. D., zależała od surowicy; prócz swędzenia i krótkotrwałego podniesienia niewielkiego ciepłoty nie była połączona z poważniejszymi objawami. Nieco przykrzejszą rzeczą było wytworzenie się dużego ropnia na miejscu jednego z zastrzyknięć surowicy. Być może, iż znajdujące się w krwiobieg paciorekowce przyczyniły się do zropienia tkanki podskórnej na brzuchu po wprowadzeniu większej ilości płynu u chorej z upośledzonym wchłanianiem, lub też wprowadzono je wraz z igłą, czemu mogło sprzyjać stałe zanieczyszczenie skóry w pobliżu rany; wreszcie możliwym jest, że sama surowica zawierała paciorkowce, jak to stwierdzili parokrotnie niektórzy badacze.

Spostrzeżenie VI. Wanda P. lat 19, panna, 18. X. 1898 roku wypadła z okna 3 piętra; do szpitala Dz. Jezus na salę 16 przybyła na drugi dzień. Od dzieciństwa przedstawiała zboczenia w sferze psychicznej; przez parę lat ostatnich miewała kilkakrotnie krwotoki płucne. Chora prawidłowo zbudowana, odżywiana średnio, bardzo blada, przytomna. Ciepłota 38,7°, tętno 120, oddechów 52 na minutę; moczu nie oddawała od czasu wypadnięcia. Przedramię lewe w dolnej $\frac{1}{3}$ obrzmiałe, na granicy zaś dolnej i $\frac{3}{4}$ górnych zgięte wyraźnie w kierunku kości promieniowej i nieco do tyłu. W okolicy *pr. styloidei radii* tegoż ramienia znajduje się rana rozerwana długości 1 ctm. z brzegami obrzmiałymi i sinymi; z rany wydziela się w niewielkiej ilości krew ciemna, żylna. Nieco powyżej nad tą raną naskórek jest starty w dwóch miejscach. Przy ruchach biernych wyczuwamy ruchomość nieprawidłową i trzeszczenie na granicy $\frac{3}{4}$ górnych i $\frac{1}{4}$ dolnej kości promieniowej; trzeszczenie i ruchomość nieprawidłową znajdujemy również w części dolnej kości łokciowej. Ramię lewe złamane skośnie w części dolnej, tak że przy ruchach biernych *epicondylus internus* zostaje na miejscu, zaś *externus* razem z przedramieniem porusza się ku tyłowi, przodowi i nazewnątrz. W okolicy pośladka lewego wynaczynienia krwawe. Czuć bólu znacznie osłabione, zaś dotyku wzmoczone i zmienione, szczególnie na klatce piersiowej, gdyż dotykanie lekkie sprawia chorej ból. Po rozpoznaniu złamania powikłanego ramienia i przedramienia lewego, nałożono opatrunek przeciwnilny, unieruchomiono kończynę, wreszcie wypuszczono cewnikiem dużo czystego moczu.

21. X. Ciepłota 37,4°—39,4°, tętno 135, oddechów 50 na minutę. Skarży się na bóle w okolicy kręgosłupa.

22. X. Ciepłota 37,3°—38,4°. W płucu prawem z tyłu stłumienie tonu wypukowego i zaostrenie oddechu, sięgające do kąta łopatki. Przy ucisku

w okolicy rany na przedramieniu wypływa z niej niewiele ropy rzadkiej brudno-zielonawej, w okolicy stawu napięstkowego lewego obrzmienie umiarkowane. Ranę rozszerzono ku górze, rozcięto części miękkie na przestrzeni około 6 ctm., tak, iż dotarto do kości potrzaskanej. Okazało się, że obie kości przedramienne są złamane, przyczem znaleziono kilka oddzielnych odłamków; odłamki usunięto wraz z końcem dolnym kości łokciowej, w dole na powierzchni wewnętrzno-tylnej wykonano przeciwotwór, jamę wypełniono muslinem jodoformowym i nałożono opatrunek wilgotny z płynu BUROW'a; kończynę unieruchomiono szyną tekturową. Przy operacji nie używano środków znieczulających, pomimo to chora zachowywała się zupełnie spokojnie, nie reagując wcale na ból.

23. X. Ciepłota $38,3^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$, tętno 130, moczu oddaje sama, wydzielina z rany skąpa posokowata, obrzęk kończyny mniejszy. Ranę przedrenowano, nałożono opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

24. X. Ciepłota $37,5^{\circ}$ — $38,6^{\circ}$, tętno 135. Przytępienie odgłosu wypukowego i zaostrenie oddechu w płacie dolnym płuca prawego wyrażone słabiej. W okolicy łokcia obrzmienie, wypadło przedłużyć ranę; otwarto staw łokciowy od zewnątrz i wewnątrz i przedrenowano go. Rany pokryte nalotem szarym, wydzielina posokowata. Usunięto odłamek kości promieniowej, tak iż powstał brak wynoszący $\frac{1}{3}$ długości kości przedramienia.

25. X. Ciepłota $38,2^{\circ}$ — $38,8^{\circ}$, bezsenność, skargi na bóle w kręgosłupie. Rany pokryte nalotem szarym — wypendzlowano je 10% chlorkiem cynku, zalecono koniak z kamforą podskórnice.

26. X. Ciepłota 38° — $38,4^{\circ}$, tętno 120 prawidłowe, stan ogólny i miejscowy bez zmiany. W południe zastrzyknięto pod skórę brzucha 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej BUJWIDA. Dla określenia rodzaju zakażenia posiano na agarze krew, otrzymaną z nacięcia na skórze. Wynik jednak otrzymano ujemny.

27. X. Ciepłota 38° — $39,6^{\circ}$, tętno 120, stan ogólny bez zmiany. Z tyłu, odpowiednio płatowi płuca prawego, odgłos wypukowy bębenkowy, oddech i drżenie klatki piersiowej w tym miejscu osłabione, cokolwiek powyżej kozi bek. Rany wyglądają nieco żywiej. Wieczorem zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy BUJWIDA.

28. X. Ciepłota 40° — $39,8^{\circ}$, tętno 130, oddechów 48, stan w płucach bez zmiany. Rany suche, na przedramieniu pokryte nalotem szarym; obrzęk powiększył się i posunął się na dłoń. Wyjodynowano ranę w stawie łokciowym, na przedramieniu zaś wysmarowano 10% chlorkiem cynku.

29. X. Ciepłota $39,3^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$, tętno 136. Objawy ze strony płuc ustąpiły zupełnie, rany wyglądają po dawnemu. Zastrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy przeciw paciorkowcowej paryskiej. Badanie bakteriologiczne krwi dało wynik ujemny.

30. X. Ciepłota $38,6^{\circ}$ — $38,2^{\circ}$, tętno 130, osłabienie znaczne, rany suche, wydzielina z ran na przedramieniu posokowata; kości przedramienne obnażone na przestrzeni przeszło połowy długości. Po otrzymaniu pozwolenia chorej i jej rodziny, w odurzeniu chloroformowym wykonano odjęcie kończyny pośrodku ramienia; rana została wyłożona muslinem jodoformowym, dla uciśnięcia zaś jej nałożono kilka szwów, nie zbliżając zupełnie brzegów skórnych.

31. X. Ciepłota 38° — $38,2^{\circ}$, tętno 120, stan ogólny o wiele lepszy.

1. XI.—5. XI. Stan bezgorączkowy, chora wygląda wiele lepiej, jedynie dokuczliwy suchy kaszel. Rana czysta, występuje dobra ziarnina; okrw-

wiono brzegi rany i zeszyto, wprowadzając po rogach paski muszliny jodoforowego. Wieczorem ciepłota 38,4°.

6. XI.— 7. XI. Stan bezgorączkowy, czuje się nieźle; z pomiędzy brzegów rany wyciska się niewiele wydzieliny krwawo ropnej, usunięto 3 szwy co drugi, nałożono opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

8. XI. Ciepłota 40°—39,8°, tętno 140, osłabienie duże, ze strony płuc brak zmian widocznych. Usunięto wszystkie szwy: rana blada, sucha, wysmarowano ją 10% chlorkiem cynku, wydzielinę zaszczepiono na agarze. Opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

9. XI. Ciepłota 40,4°—38°, tętno 140 słabe, język podsychający, kaszel suchy niezbyt częsty. Z tyłu w części dolnej płuca prawego rżężenia wilgotne przy wdechu i tępość odgłosu wypukowego. Rana sucha, blada, wysmarowano ją nalewką jodową. Opatrunek z płynu BUROW'a pod ceratką.

10. XI. Ciepłota 39,4°—39,4°, tętno 140, bezsenność, w nocy i nad ranem wymioty, osłabienie duże; z wydzieliny rany wyhodowano gronkowca cytrynowego.

11. XI. Ciepłota 38,6°—39°, tętno 144 bardzo słabe, oddechów 50 na minutę, bezsenność, wymioty częste, język suchy. Zastosowano zastrzykiwania podskórne koniaku z kamforą po 1 ctm. sz. 4 razy dziennie.

12. XI. Zmarła. Badania zwłok na żądanie rodziny niewykonywano.

W przypadku tym surowica nie wywierała wpływu dodatniego. Przystąpiono do zastrzykiwań w nadziei opanowania zakażenia bez odjęcia chorej kończyny. Zastrzykiwano przez dwa dni 20 centymetrowe dawki surowicy BUJWIDA, nie dostrzeżono jednak najmniejszego wpływu. Po jednodniowej przerwie zastrzyknięto 20 centymetrową dawkę surowicy paryskiej, również bez żadnego wyniku. Surowicę odstawiono, nie widząc żadnego skutku, tembardziej że badanie bakteryologiczne krwi stale dawało wynik ujemny. Wobec braku danych, potwierdzających zakażenie paciorkowcowe u W. P., przypadek ten nie może przemawiać na niekorzyść surowicy. Ogółem zastrzyknięto chorej 60 ctm. sz. surowicy w ciągu 4 dni; objawów ujemnych, wywołanych przez surowicę, nie dostrzeżono zupełnie. (D. n.).

Z ODDZIAŁU CHORYCH UMYSŁOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE
(NA CZYSTEM).

Metoda „leczenia w łóżku“ (Bettbehandlung) chorych umysłowych.

Napisał

ADAM WIZEL

ordynator oddziału.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 4).

Również energicznie apostołuje zasadę swobodnego leczenia dyrektor zakładu w Lubece d-r WATTENBERG¹⁴⁾. We wstępie do swej pracy autor podaje przedewszystkiem określenie izolacji tak, jak on ją pojmuje. „Pod mia-

¹⁴⁾ WATTENBERG. Loc. cit.

nem odosobnienia, zdaniem WATTENBERG'a, należy rozumieć umieszczenie podnieconego chorego w pokoju, w którym pozostaje on sam lub bez dostatecznego nadzoru i w którym nie jest w stanie ani sobie, ani otoczeniu żadnej krzywdy wyrządzić". A zatem izolacją nie należy nazywać, gdy chorego oddzielamy tylko od innych chorych i rozciągamy nad nim nieustanny dozór i opiekę, jak również, gdy przenosimy go do zwykłego pokoju sypialnego, w którym przebywać będzie na swobodzie, przy otwartych drzwiach.

Określiwszy w ten sposób izolację, WATTENBERG utrzymuje, że tak pojętej izolacji należy zupełnie zaniechać. Chorych bardzo gwałtownych i nie dających się uspokoić metodą leczenia w łóżku we wspólnym pokoju należy przenieść do oddzielnego pokoju i tam dopiero traktować ich według zasad „czuwania“ i „leżenia“. Widzimy, że pod tym względem WATTENBERG w zasadzie zgadza się w zupełności z SCHOLZ'em, różni się zaś od niego tylko tem, że leczeniu chorego w oddzielnym pokoju nie nadaje wcale nazwy „izolacji“.

Technikę „leczenia w łóżku“ w przypadkach znacznego podniecenia autor wykonywa w sposób następujący.

Przypuśćmy, powiada on, iż chodzi o świeżo przyjętego chorego, cierpiącego na szal (mania). Chorego tego przedewszystkiem WATTENBERG próbuje uspokoić wanną, lekami kojącymi i leżeniem w ogólnej sali. Jeżeli to nie pomaga, przeprowadza go wówczas do oddzielnego pokoju, przyczem drzwi zostawia otwarte, tak aby można było nad chorym ciągle czuwać. Niektórzy chorzy w podobnych warunkach uspokajają się, w przeciwnym razie, jeżeli chory w dalszym ciągu krzyczy, rzuca się i szaleje, przenosi go napowrót do ogólnej sali i tam zaleca choremu koc. Jeżeli chory usiłuje z koca się wy dostać, wówczas posługacz, ewentualnie dwaj posługacze winni przy nim usiąść i zlekka go za ręce, okryte kocem, przytrzymywać. W olbrzymiej większości przypadków chory uspokaja się wreszcie, w ostateczności przenosi się go znów do oddzielnego pokoju, i tam posługacze winni w ten sam sposób przy nim czuwać.

KRAEPELIN¹⁵⁾ jest również za umieszczaniem bardzo gwałtownych chorych w oddzielnych pokoikach. Psychiatra ten nadto zasadę dzielenia chorych posuwa jeszcze dalej. KRAEPELIN jest zdania, że w ogóle chorych spokojnych nie należy łączyć z niespokojnymi, i dla tego uważa za konieczne, aby dla każdej z tych dwóch kategorii chorych istniały w zakładach oddzielne „czuwalnie“, prócz tego dodaje, że ze względu na wielką ilość wskazań do metody „leczenia łóżkiem“ byłoby wielce pożądane, aby oddziałów czuwania było jaknajwięcej, z łączenia bowiem najrozmaitszych chorych w jednym pokoju wynikają znaczne niedogodności. Oddzielnych pokojów używa KRAEPELIN rzadko.

I u BECHTEREW'a¹⁶⁾, który do kliniki swej wprowadził metodę „leczenia w łóżku“, znajdujemy pogląd, że chorzy podnieceni nie powinni przebywać wspólnie ze spokojnymi, albowiem tych ostatnich podniecają, i że bardzo gwałtowni chorzy winni być umieszczani w oddzielnych pokoikach przy otwartych drzwiach.

¹⁵⁾ KRAEPELIN. L. c.

¹⁶⁾ BECHTEREW. O postelnom sodierżanii duszewnobolnych. Obozrenie psichiatrii Petersburg. 1897.

Wspomnimy wreszcie o pracy HEILBRONNER'a¹⁷⁾ z kliniki wrocławskiej, w której autor występuje, jako krańcowy zwolennik parcelacyi oddziału czuwania.

Autor wychodzi z zasady, że zakład winien dać choremu jaknajlepszą opiekę i jaknajwiększy spokój. Jeżeli chorego umysłowego oddaje się do zakładu, to nie tylko po to, aby był usunięty od wrażeń codziennego życia, ale jednocześnie w tym celu, aby w samym zakładzie znalazł środowisko, możliwie wolne od szkodliwych pobudzeń. Tymczasem, jeżeli chorych spokojnych będziemy umieszczali wspólnie z niespokojnymi, to tem samem przyczynimy się do podniecenia spokojnych. Rzeczywistość zasadę tę stwierdza. Często-kroć się zdarza, iż jeden gwałtowny chory cały oddział, dotąd spokojny, wyprowadza z równowagi, i naodwrot, po usunięciu jednego hałaśliwego chorego, odrazu wszyscy chorzy uspokajają się.

Wychodząc z tej zasady, autor radzi chorych segregować w ten sposób, by można było zapewnić im jaknajwiększy spokój. Autor dodaje jednak, że przy najdoskonalszym nawet podziale chorych jeszcze zdarzyć się mogą przypadki, w których ze względu na bardzo wielkie podniecenie chorego okaże się niezbędne odosobnienie. Stosując wszakże odosobnienie, autor usiłuje otoczyć izolowanych chorych jaknajtroskliwszą opieką: w oddzielnym pokoju leczy ich zupełnie tak samo, jak w ogólnym, a mianowicie metodą leżenia przy nieustannem czuwaniu służby. Następnie autor zwraca uwagę, podobnie jak HEBOLD, na to, iż są chorzy, którym leżenie we wspólnym pokoju sprawia prawdziwą przykrość; toć i ludzie pod względem psychicznym zdrowi, udając się do domów zdrowia, żądają dla siebie, o ile tylko środki ich na to pozwalają, pokoiów oddzielnych. Dlaczegożby więc takich chorych nie umieszczać oddzielnie? Nic „okrutnego“ w tem chyba niema? Otóż, mając na uwadze podobnych chorych, jak również takich, którzy najsilniej odczuwają wpływ ujemny sąsiedztwa, autor proponuje parcelacyę oddziału czuwania.

Zapatrując się w ten sposób na znaczenie izolacyi, autor uważa termin „izolacya“ za niewłaściwy i zastępuje go innym, mniej przykro brzmiącym, a mianowicie: „Einzelzimmerbehandlung“ (leczenie w oddzielnych pokojach). Jednocześnie zwraca uwagę, że tak pojęta izolacya nie ma nic wspólnego z dawnem pojęciem „separatki“. Dawniej separatka zdejmowała ze służby wszelką odpowiedzialność za czyny chorego, obecnie „pokój oddzielny“ wymaga przeciwnie jaknajwiększej czujności ze strony służby. W klinice wrocławskiej przyjął się zwyczaj, że chorzy, leczeni w oddzielnych pokojach, są doglądani przez dozorców, a nie przez posługaczów, a i lekarz miejscowy żadnym chorym tak się nie zajmuje, jak właśnie odosobnionym.

Streszczając przytoczone powyżej poglądy, przychodzimy do wniosków następujących.

Stosując metodę „leczenia w łóżku“, jedni psychiatrzy usiłują najrozmaitszych chorych, bez względu na ich stan psychiczny, leczyć we wspólnych salach, inni zaś oddzielają chorych spokojnych od niespokojnych i dla każdej z tych dwóch kategorii chorych tworzą oddzielne czuwalnie. Pierwsi pragną element niespokojny „rozpuścić“ w masie spokojnego, przyczem opierają się na spostrzeżeniu, że niejednokrotnie chory niespokojny w towarzystwie spo-

¹⁷⁾ D-r K. HEILBRONNER. Bettbehandlung und Einzelzimmerbehandlung. Allgem. Zeitschrift für Psych. 1897.

kojnych uspokaja się, drudzy znów, wychodząc z założenia, że chory podniecony zazwyczaj ujemnie wpływa na spokojnych, radzą spokojnych od niespokojnych oddzielać.

Co się zaś tyczy bardzo gwałtownych chorych, którzy w oddziale czuwania, mimo leżenia, mimo leków, koców i wanien, nie uspokajają się, to wszyscy psychiatrzy, stosujący metodę leczenia w łóżku, łączą się w zdaniu, że chorych takich należy umieszczać w oddzielnych pokojach, i cała różnica pomiędzy poglądami rozmaitych autorów polega na tem, że, gdy jedni nader niechętnie uciekają się do tego środka, uważając go, bądź co bądź, za „okrucieństwo“ (jak np. NEISSER), drudzy jakkolwiek rzadko, stosują go jednak dość chętnie, (gdy, naturalnie, potrzeba tego zachodzi), nie widząc nic zgoła nieludzkiego w umieszczaniu chorego w oddzielnym pokoju, o ile, rzecz prosta, uwzględni się przy tem zasady „czuwania“ i „leżenia w łóżku“. Niektórzy psychiatrzy jeszcze dalej posuwają się i wszystkich chorych, którzy nie znoszą sąsiedztwa, lub na których sąsiedztwo ujemnie oddziaływa, uważają za właściwe odosabniać i tym sposobem zakres wskazań dla „Einzelzimmerbehandlung“ znacznie rozszerzają. Dodać tu wreszcie należy, iż niektórzy autorowie pragną, aby zasada podziału czuwalni ze względu na wielką różnorodność chorych, kwalifikujących się do metody leżenia, znalazła jaknajszersze zastosowanie.

Co do mnie osobiście, to zgadzam się w zupełności, iż w każdym zakładzie istnieć powinny przynajmniej dwie czuwalnie, jedna dla spokojnych, druga dla niespokojnych; co się zaś tyczy kwestyi t. zw. izolacyi, to przychyliam się całkowicie do zdania tych, którzy twierdzą, iż leczenie w oddzielnych pokojach jest niekiedy konieczne i że, o ile odbywa się ono w duchu metody „leczenia w łóżku“, nie tylko nie jest okrutne, ale zarówno choremu, jak i otoczeniu wielką korzyść przynosi. I rzeczywiście, co w tem jest okrutnego? Chorego umieszczamy w oddzielnym pokoju, kładziemy go do łóżka, drzwi pozostawiamy otwarte i rozciągamy nad nim nadzór. Czy można tak pojętą izolację porównać z izolacją, dawniej stosowaną? Dawniej, gdy chorego izolowano, to umieszczano go w celi więziennej o małym zakratowanym oknie, o grubych okiennicach, ciemno pomalowanych ścianach, o podwójnych na kilka spustów zamykanych drzwiach, o posłaniu z trawy morskiej. W takiej to celi chory przebywał całymi dniami i tygodniami, samotny, przez wszystkich opuszczony, pozbawiony światła i widoku ludzkiej twarzy. Dzisiejsza izolacja zupełnie nie powinna być izolacją nazywana.

Wprowadzając do oddziału swego metodę „leczenia w łóżku“, urządziłem w nim z początku jedną, a po jakimś czasie dwie czuwalnie, jedną dla względnie spokojnych chorych, drugą dla niespokojnych, pierwsza znajduje się na piętrze, druga zaś na parterze. W każdej z nich jest nieustający ani na chwilę dozór. Prócz tego chorych, kwalifikujących się do metody leczenia w łóżku, umieszczam w oddzielnych pokojach, których posiadam względnie dużą ilość. Z tych jedne posiadają większą styczność ze środowiskiem chorych, przylegają bowiem do sali dziennego pobytu (ogólna liczba—4), drugie są bardziej odosobnione, umieszczone w wysuniętym skrzydle budynku, po obu stronach długiego korytarza (ogółem — 6) ¹⁸⁾. Zarówno w jednych, jak i drugich lokują chorych, którzy dla tych lub innych powodów nie nadają się do przebywania we wspólnych pokojach.

¹⁸⁾ Oprócz tego znajduje się 6 oddzielnych pokojów dla pensyonarzy.

Najgwałtowniejszych chorych umieszczam, naturalnie, w owych najbardziej wysuniętych pokojach. Gdy chory tam przechodzi, ustanawiam zaraz nad nim specjalny nadzór. Chory otrzymuje wyłącznie dla siebie posługacza. Nie mam chyba potrzeby dodawać, że chory tak odosobniony nie przestaje być leczonym według zasad „czuwania“ i „leżenia“. Zaznaczę jeszcze, że oddzielne pokoje u mnie budową i urządzeniem niczem się nie różnią od reszty pokoi, i że tylko owe wysunięte pokoje posiadają nieco wyżej umieszczone okna, są jednak zupełnie jasne i wesołe.

Oto jest suma ubikacji, które przeznaczyłem dla chorych, wymagających leczenia w łóżku.

Gdzie jakich chorych umieszczać, których we wspólnych pokojach, a których w oddzielnych, których w czuwalni dla spokojnych, a których w czuwalni dla niespokojnych, na to oczywiście reguły żadnej niema i być nie może. Zauważyłem niejednokrotnie, że chorzy niespokojni, znalazłszy się w oddziale spokojnym, na sam widok innych, spokojnie leżących chorych, sami się po jakimś czasie uspokajają, co naturalnie wpływem zarazy psychicznej tłumaczyć sobie należy. Z drugiej znów strony spostrzegałem niejednokrotnie, że są chorzy, którzy w towarzystwie innych nie tylko nie uspokajają się, ale jeszcze krzykiem, śpiewem, agitacją ujemnie na tych oddziałują. Wszystko w tym względzie decyduje osobistość lekarza, jego zmysł psychologiczny, jego znajomość leczonych przezeń chorych. Naturalnie, nie obywa się tu często bez prób, bez macania, że tak powiem. Chorego trzeba nieraz kilkakrotnie przeprowadzać z pomieszczenia do pomieszczenia, zanim znajdzie się on tam, gdzie najprędzej spokój duchowy odzyska. To też chorzy moi często zmieniają pokoje, przyczem kierującą zasadą jest zawsze chęć umieszczenia chorego w warunkach, najszybciej prowadzących do uspokojenia. Tę samą zasadę znajduję i u WATTENBERG'a¹⁹⁾, który powiada: „Nader ważną i niedość uwzględnianą zasadą, na którą między innymi i KRAEPELIN zwraca uwagę, jest: *Divide et impera*, to znaczy, rozdzielaj chorych umiejętnie, a najlepiej osiągniesz wyleczenie, *resp.* uspokojenie chorego. Zarówno ostrą, jak i przewlekłą formą dotknięty chory, odpowiednio do rozmaitych faz swej choroby, winien przechodzić przez rozmaite oddziały“.

Kończąc niniejsze uwagi nad techniką metody leczenia w łóżku, zaznaczyć winienem, że metoda ta bynajmniej łatwa do przeprowadzenia jest, przeprowadzić ją jednak można. Oczywiście lekarz, zwłaszcza w pierwszych czasach, winien dużo czasu i pracy zakładowi poświęcić, musi wykształcić odpowiednio dozorców, wytresować odpowiednio służbę, winien zreformować radykalnie nastrój i obyczaje, panujące w zakładzie. Na każdym kroku spotyka się tu zrazu z niedowierzaniem, z niechęcią, ze ślepym konserwatyzmem, musi ciągle tłumaczyć, uczyć i przekonywać, musi jednocześnie i nad sobą usilnie pracować, by wyplenić ze siebie resztki dawnych nałogów i dawnych pojęć. Zwolna jednak duch, panujący w zakładzie, zmienia się, reforma się ustala, a potem, gdy nowy system przeniknie od góry do dołu cały personel lekarsko-służbowy, maszyna już pracuje łatwo i składnie.

Kto z bliska sprawy się nie dotknął, ten gotów jest nie wierzyć, aby chorych podnieconych, zwłaszcza t. zw. furyatów, można było w łóżku utrzymać i do spokojnego leżenia przyzwyczaić. *A priori* wydaje się to niemożliwością, to też dotąd jeszcze wielu psychiatrów odnosi się sceptycznie do metody le-

¹⁹⁾ WATTENBERG. *Loc. cit.*

czenia w łóżku. Psychiatra francuski CHASLIN zapytuje, czy opornych chorych przywiązuje się do łóżka, a jeden z niemieckich psychiatrów napisał do NEISSER'a: „ale w ostrym szale (*mania acuta*) leżenie w łóżku bez jednoczesnych środków kojących jest niemożliwe. Gdy chory, cierpiący na szal, leży spokojnie w łóżku, nie jest on wcale szaleńcem“. Te i tym podobne apriorystyczne sądy nie mają oczywiście żadnej wartości. Jedynie miarodajną rzeczą jest w danym razie doświadczenie, a to poucza, że najbardziej podnieceni chorzy uspokajają się w łóżku. W Alt-Scherbitz, w Leubus, w Sorau, w Bremie i bardzo wielu innych zakładach niemieckich leczenie w łóżku znakomicie się przyjęło, przyjęło się ono również w Rosyi, jak tego prace TIMOFIEJEW'a, GOWSIEJEW'a, LEWCZATKIN'a, BERNSTEIN'a, JURMAN'a, BECHTEREW'a i jego uczniów oraz kilku innych dowodzą, nie ma więc racji przypuszczać, że metoda ta nie nadaje się do ogólnego rozpowszechnienia. Ja sam, zanim zacząłem ją stosować, wielką odczuwałem nieśmiałość, zwłaszcza, że nigdzie u nas nie miałem sposobności przekonać się naocznie o jej wartości. Wkrótce jednak doświadczenie przekonało mnie, iż metoda leczenia w łóżku możliwa jest do przeprowadzenia, że środki przymusowe, jak kaftan i separatka, są całkiem zbędne, i że chorych umysłowych można uspokoić przy pomocy środków zupełnie humanitarnych. Wszystkim sceptykom radziłbym tylko jedno: niech sami spróbują, a przekonają się.

W tem miejscu naturalną kolejną rzeczą zjawia się pytanie, czem się to jednak dzieje, że leżenie w łóżku działa na chorych tak uspokajająco, i że chorych, nawet bardzo podnieconych, udaje się w łóżku utrzymać? Zastanawiając się bliżej nad tą kwestyą, dochodzimy do wniosku, iż wpływ kojący łóżka zależy od kilku warunków.

Przedewszystkiem leżenie w łóżku zmniejsza ilość pobudzeń zewnętrznych i działa tym sposobem na stan psychiczny chorego oszczędzająco. Pod tym względem działanie jego jest analogiczne do wpływu, jaki wywiera leżenie na chorych, dotkniętych ciężką nerwicą. Wszak i metoda WEIR-MITCHEL'a, tak często w przypadkach nerwicy stosowana, działanie swe zawdzięcza głównie leżeniu w łóżku. I chorzy nerwowi, leżąc, uspokajają się przez to, iż leżenie (Betruhe) redukuje do minimum ilość odbieranych wrażeń, co przy nadmiernej wrażliwości chorych takich jest rzeczą nader ważną.

Otóż dzięki tej oszczędności psychicznej, uspokajają się również i chorzy umysłowi. Jeżeli zwrócimy uwagę, jak wielka jest pobudliwość chorych umysłowych, jak łatwo wrazenia budzą w nich najrozmaitsze afekty i jak łatwo stają się źródłem wszelakich urojeń, to zrozumiemy, że ograniczenie dowozu materiału psychicznego musi stanowczo na chorego kojąco podziałać.

Ale wpływają na to inne jeszcze czynniki. Chory umysłowy skłonny jest do naśladownictwa, do podlegania zarazie psychicznej. Wiemy doskonale, że podniecenie jednego chorego udziela się z łatwością drugiemu. Mamy więc wszelkie prawo przypuszczać, że i spokój jednych chorych może się udzielić drugim.

SCHOLZ podnosi dalej tę okoliczność, iż „mimo cały niepokój chorego na dnie świadomości jego tkwi poczucie ciężkiej choroby, poczucie niemocy i potrzeby ratunku, skutkiem czego z wdzięcznością przyjmuje on następczą sposobność do odzyskania spokoju“. Tenże autor zwraca wreszcie uwagę i na to, że leżenie reguluje krążenie krwi, co również na uspokojenie chorego wpłynąć może.

Oto są czynniki, które powodują, iż chorzy umysłowi pod wpływem leżenia prędko uspokajają się. Wpływ kojący leżenia jeszcze bardziej stanie się dla nas zrozumiałym, jeżeli porównamy tryb życia szpitalnego przy stosowaniu metody leczenia w łóżku z trybem życia, gdy się metody tej nie stosuje.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

13. **O znaczeniu i praktycznej wartości próby tętnic nóg w pewnych na pozór nerwowych chorobach.** Niedawno, bo w roku zeszłym, pomieścił ERB w „Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde“ obszerną swą pracę o t. zw. „przepuszczającym kuleniu“. Cierpienie to powoduje czasami inne, zwane przez chirurgów „zgorzelą samoistną“. Dla tego też stoi ono na granicy pomiędzy chirurgią a medycyną wewnętrzną, że zaś chorzy w początkowych jego okresach zwykle zasięgają rady internistów, więc niezmierną wagę może mieć tu dokładne rozpoznanie cierpienia w czasie odpowiednim, w takim bowiem razie już to zdołamy zgorzeli zapobiedz, już też na długo ją wstrzymać.

Istota cierpienia, jak to pierwszy zauważył CHARCOT, zarówno, jak i u koni (fakt ów przez weterynarzy bardzo dawno stwierdzony został) tkwi w zmianach chorobowych ścian wielkich pni tętnicznych kończyn dolnych, wywołanych ich zapaleniem (*endoarteriitis obliterans*), według autora zaś, częściej jeszcze w zwężeniach, chorobach i takichże zmianach ścian pni mniejszych, obwodowych.

Obraz choroby w przypadkach typowych jest wysoce charakterystyczny; mianowicie, polega na tem, że chorzy, którzy w spokoju, albo też siedząc, leżąc lub stojąc, czują się zupełnie lub prawie dobrze, u których również, gdy zaczynają chodzić, nie można spostrzedz zmian najlżejszych, gdyż poruszają się najprawdopodobniej, po krótszem lub dłuższem chodzeniu (po upływie 5, 10, 20, 30 minut) dostają przeróżnych zaburzeń w sferach: czuciowej, naczynio-ruchowej i ruchowej (swędzenie, uczucie zimna, ucisku, bólu, sinica, błądź powłok, drętwienie, cierpienie, ociężałość, niezdolność do ruchu) w jednej lub obu nogach: łydkach, голениach, a nawet udach. Zaburzenia te w krótkim czasie czynią dalszy chód niemożliwym i zmuszają chorych do odpoczynku; po niedługim odpoczynku podczas stania, siedzenia lub leżenia znikają one zupełnie, by przy rozpoczęciu chodzenia powstać na nowo; w ten sposób chorzy mogą zawsze chodzić tylko robiąc krótsze lub dłuższe przestanki.

„Przepuszczające owe zaburzenia w chodzeniu“ stopniowo się wzmagają i mogą dojść do takiego stopnia, że chorzy wobec nich stają się bezradni.

Prędzej lub później przyłączają się do tego niewielkie zapalenia palców i nóg, które przyjmują charakter złośliwy i przechodzą w zgorzel.

Troskliwe badanie stanu tętnic stóp i nóg pozwala nam wcześniej chorobę rozpoznać. Na poparcie tego twierdzenia przytacza autor szczegółowy opis czterech przypadków, dwa z nich (jeden opracowany również i przez GOLDFLAMA), które przeszły w dziedzinę chirurgii, gdyż pierwszy skończył się odjęciem kończyny w dolnej trzeciej części uda, a drugi odjęciem czwartego palca stopy, — i dwa, w których udało się autorowi temu tak smutnemu przejściu zapobiedz.

W przypadkach owych, jako wielce znaczący objaw, stwierdzone było tętno ledwo wyczuwalne lub też brak jego w poszczególnych lub wszystkich tętnicach nóg. Objaw ten bywał chwilowy lub dłużej trwający. Równocześnie zauważyć można było i zwężenie światła naczyń wskutek stwardnienia ich ścian. Bardzo zaś ważne i istotne dla powstawania samoistnej zgorzeli jest tylko miejscowe zapalenie tętnic nóg.

We wszystkich tedy tu należących przypadkach, osobliwie zaś w t. zw. „przepuszczającym kuleniu“, wielką rolę próba tętnic nóg.

Sposób badania tętna nóg jest nader prosty; chorego, którego kończyny dolne powinny być, o ile można, pozbawione wszelkich uciskających części odzieży, układa się prostopadle z wyciągniętymi kolanami i końcem palca bada się najpierw tętnicę grzbietową stopy, później zaś tętnicę piszczelową tylną poza kostką wewnętrzną, tętnice te zwykle tętnią wyraźnie u wszystkich obu płci osobników, starych i młodych. Pewne zboczenia w położeniu tętnic łatwo odszukać można, gdyż w tych razach tętno w innych wyczuwa się miejscach. Niekiedy wszakże przy osłabionej czynności serca lub też u osób małodkrwistych z zimnemi kończynami wiele trzeba tracić czasu i namęczyć się, by tętno odnaleźć. Bezwarunkowo niezbędne jest zawsze porównanie z tętnem drugiej nogi, jako też i z tętnem tętnic promieniowej i szyjowych. W stanach chorobowych nie należy opuszczać i tętnic: podkolanowej i biodrowej. W stanach tych tętno badać potrzeba w rozmaitych porach i warunkach: w ciepłym łóżku, przy sztucznie ogrzanych nogach, po ciepłej kąpieli, po zastosowaniu prądu stałego, po nieco wyczerpującem chodzeniu.

Badając, przekonać się możemy, że w tych razach zachowanie się tętna nóg bywa nader nieprawidłowe. I tak, w pewnej liczbie przypadków wykrywamy brak tętna we wszystkich czterech tętnicach i w każdej porze (niekiedy brak go też wówczas i w tętnicach: podkolanowej i biodrowej) — z tego wnioskować możemy, iż światło tętnic jest szczelnie zatłoczone i to jest powodem powstawania zgorzeli, gdy zaś jej niema, to znaczy się, że mamy zwężenie światła naczyń tylko takiego stopnia, że zaledwie bardzo cienki strumień krwi przez nie przepływać może, to wszakże dostateczne jest, by tętno było również niewyczuwalne. Dalej, można napotkać brak tętna poszczególnego, t. j. w każdej nodze w jednej z tętnic, lub też w jednej nodze w dwóch tętnicach, a w drugiej w jednej i t. p. kombinacje; pozostałe tętna bywają tutaj albo prawidłowe, albo też jakościowo zmienione—zwykle bywa tak, iż w cierpieniu, ograniczonym do jednej nogi, brak tętna li tylko w tej nodze—następnie, mamy przypadki, w których tętno w jednej nodze jest słabe, a w drugiej prawidłowe w obu lub w jednej z tętnic, albo też w głębi wyczuwamy je bardzo dobrze, gdy na obwodzie zanika — w końcu przy absolutnym braku tętna natrafiamy na same tętnice, jako na twarde, jak gdyby z drutu, sznury, w których w późniejszych pomyślnych okresach choroby tętno napowrót się zjawia.

Różnorodne owe nieprawidłowości w zachowaniu się tętna wskazują, iż tętnice nóg są chore, t. j. przedstawiają pewne w większym lub mniejszym stopniu zmiany, zgrubienie ścian, zwężenie światła i t. p.

Wnioski będą tem prawdziwsze, jeżeli porównamy je z danymi statystycznymi, dotyczącymi zachowania się tętna nóg u ludzi zdrowych. Dane te zebrał autor, badając 750 osób. Z tego badania wynika, iż „u ludzi z drowych każdego wieku i płci, nie mających ani stwardnienia naczyń, ani ciężkich zaburzeń ze strony serca lub też obrzęków i wybitnych cierpień skóry nóg, tętno

tętnic nóg jest zupełnie prawidłowe i stale wyczuwać się daje.

Zapalenie tętnic kończyn dolnych (*Endoart. obliterans*), według autora, jest zjawiskiem dość częstym. By je łatwo i wczesne rozpoznać, należy zwracać uwagę na dane następujące.

Jeżeli chory przychodzi do lekarza ze skargą na jakieś nieokreślonej natury dolegliwości w nogach i udach, jako to: bóle, znieczulenia, uczucie ucisku, zimna, prędkie męczenie się lub też na zaburzenia naczynio-ruchowe, jako to: bladość powłok, drętwienie i cierpienie palców, nieprawidłową czerwonosć lub sinicę skóry nóg, uczucie palenia, — osobliwie gdy te zaburzenia naczynio-ruchowe bezpośrednio stwierdzić możemy podczas ruchu chorych, przy dłuższem chodzeniu, w chłodne dni, — dalej, gdy mamy zbiór początkowych objawów „przepuszczającego kulenia“ lub też pełny jego obraz, gdy we wszystkich tych razach zbadamy zachowanie się tętna nóg, to z danych powyższych zwykle wczesny okres zapalenia naczyń na pewno rozpoznać będziemy w stanie.

Wielką pomocą do rozpoznania może być jeszcze irzut oka na warunki przyczynowe. Prócz przymiotu i nadużycia alkoholu, których wpływ na naczynia dobrze jest znany, zaliczyć tu należy i nadużycie palenia tytoniu, a także często powtarzające się miejscowe oziębienie nóg (moczenie nóg, chodzenie w bród w zimnej wodzie, nieogłędne ich polewanie podczas leczenia się sposobem Kneippa, jazda w sankach w mroźne zimy, północny klimat i t. p.), następnie z chorób: dna i cukrzyca.

Leczenie zapalenia naczyń nóg jest zarazem środkiem zapobiegawczym przeciwko samoistnej zgorzeli i jako takie ma i dla chirurgów znaczenie nie małe.

Najgłówniejszą rzeczą są tu, naturalnie, wskazania przyczynowe, a więc, leczenie swoiste przymiotu, zabronienie nadużycia alkoholu i tytoniu, usunięcie szkodliwych czynników termicznych, dyetetyczne postępowanie w dniu i cukrzycy, w końcu zalecenie choremu, by unikał wszelkich warunków, które mogą drażnić naczynia, jako to: energicznych zabiegów wodoleczniczych, biegania boso po trawie lub brzegu morskim, zbyt gorących kąpeli nóg, energicznego masażu, forsownej gimnastyki, marszu i t. d., nadto, kawy, herbaty, potraw korzennych, i leków takich, jak np. ergotyna, naparstnica i t. p.

Jako bezpośrednio na naczynia działające środki dawać można przede wszystkim jodek potasu lub sodu w małych dawkach przez dłuższy przeciąg czasu przy odpowiedniej dyecie (wiele mleka, warzywa, chleb, przeważnie biały i świeży, ryby, ptactwo, jaja i t. d.) — bez wątpienia pożyteczne również być może i stosowanie łagodnego ciepła (nigdy jednak gorąca!), w postaci kąpeli nóg, zawijań, okładów PRIESSNITZ'a, dobrego nakrycia w łóżku) — jako też i galwanizacya w postaci kąpeli nóg.

Jednocześnie starać się trzeba podnosić czynność serca i ciśnienie krwi (najlepiej za pomocą *strophantus* lub ogólnych środków wzmacniających).

Wielką też bacnością zwracać należy na uregulowanie ruchu chorych i użycia przez nich nóg. W ciężkich przypadkach już CHARCOT zalecał spokój bezwzględny, według zaś autora, nawet w razach polepszenia lub w lżejszych przypadkach trzeba być nader ostrożnym w pozwalaniu chorym na jakiekolwiek energiczniejsze ćwiczenia.

Przy najmniejszych zranieniach, zapaleniach, odmrożeniach i t. d. na nogach wskazane będzie jak najtroskliwsze postępowanie chirurgiczne przeciw-
gnilne.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. 4 Band. 4 Heft.*)
Stanisław Łagowski.

14. DIEULAFOY. **O konieczności ścisłego dozorowania noworodków, urodzonych z morfinistek i potrzebie zastrzykiwania morfiny celem utrzymania ich przy życiu.** W bardzo ciekawej pracy o leczeniu morfinomanii wspomina autor między innymi o niebezpieczeństwie, na jakie narażone bywają noworodki, urodzone przez matki — morfinistki. Natychmiastowe usunięcie morfiny u brzemiennych morfinistek ma powodować śmierć płodu. Dalsze podawanie im morfiny w bardzo umiarkowanych dawkach ma ten skutek, że dziecko przychodzi na świat zdolne do życia, dobrze rozwinięte i pozornie zupełnie zdrowe. Jednakże noworodek taki sam już przywykł do tej trucizny i umiera po 24 godzinach, jeżeli mu nie damy morfiny. W takich przypadkach zastrzyknięcie drobnutkiej ilości morfiny ratuje życie dziecka, a należy je w coraz mniejszych dawkach powtarzać aż do zupełnego odzwyczajenia.

(*Revue internationale de therapeutique. 1898.*)

L. Wolberg.

15. HEIM MAX. **Leczenie krztuśca antytussyną.** Antytussyna jest to maść, złożona z pięciu części difluordiphenylu, z 10 części wazeliny i z 85 części tłuszczu z wełny. Środek ten, wedle doświadczeń FISCHER'a i BEDDIES'a, przenika przez naskórek, nie jest trujący dla ustroju i łatwo daje się wykazać w moczu. Stosuje się antytussynę tylko zewnątrz, w postaci smarowań, dokonywanych codziennie w okolice pleców, boków, szyi i piersi w ilości 5 grm. dziennie. Smaruje się dosyć energicznie gołą ręką, a części ciała, w które wcieramy maść, powinny być poprzednio doskonale obmyte pianą mydlaną i następnie wytarte do sucha flanelą.

Autor stosował antytussynę w 16 przypadkach koklusz, z których 7 znajdowało się w pierwszym kataralnym okresie choroby, i te nie rozwinęły się dalej, tak iż rozpoznanie zrobione było li tylko na zasadzie panującej epidemii i przypadków prawdziwego koklusza u innych członków rodziny. W pozostałych 9 przypadkach, gdzie leczenie rozpoczęto już w okresie kurczowym, poprawa była też widoczna i rozpoczynała się już drugiego dnia, przejawiając się łagodzeniem napadów, zmniejszeniem ich liczby i rozpuszczaniem śluzu gardzieloskrzelowego. Antytussyna jest najlepszym z dotychczas znanych środków przeciw koklusaowi, stoi wyżej od chininy, antypiryny, bromoformu i t. p. Pod wpływem tego środka trwanie okresu kurczowego ogranicza się do kilku dni, najwyżej 2 tygodni, gdy BIERMER podaje 4—5 tygodni, a GERHARDT 2—10 tygodni, jako terminy tego okresu.

Wobec braku dzielnego leku w tej częstej chorobie wieku dziecięcego, wartoby wypróbować nowy ten środek, nie łudząc się jednak zawczasu entuzjastycznymi powchwałami HEIM'a, w wielu bowiem podobnych razach okazywały się one przedwczesnymi. (Spr.).

(*Berl. klin. Wochenschr. 50. 1899.*)

L. Wolberg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 31 grudnia r. 1899 i zwyczajne z dnia 12 stycznia r. b.

Ponieważ gubernator nie zatwierdził urzędników Towarzystwa, wybranych na posiedzeniu dnia 13 grudnia r. 1899 (zob. „Medycyna“ Nr. 1; str. 21), zostało zwołane dla dopełnienia nowych wyborów posiedzenie nadzwyczajne na d. 31

grudnia, na którym jednak po krótkich rozprawach postanowiono odłożyć wybory do następnego posiedzenia zwyczajnego.

Na tem ostatniem (12 stycznia), po przeczytaniu protokołu i listu gubernatora i po wybraniu 2 stypendyatów Towarzystwa, przystąpiono do wyborów. Większością głosów powołani zostali: na prezesa kol. STRAUSS, na wice-prezesa kol. STRZEMIŃSKI, na 1-go sekretarza kol. ORŁOWSKI, na 2-go sekretarza kol. GERSZUN, na bibliotekarza kol. SUMOROK, na skarbnika kol. FIEODOSIEW, na kustosza prowizor SYRWID.

Wybory zajęły prawie całe posiedzenie, wskutek czego zapowiedziane odczyty odłożono na następne posiedzenie.

J. S.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

EDMUND BIERNACKI.

„Chałubiński i obecne zadania lekarskie“.

Wydawnictwo Przeglądu filozoficznego 1900 r.

W medycynie dokonywa się od lat mniej więcej 20 pewien zasadniczy zwrot w poglądach. Zwrot ten odbywa się powoli, nie jest on dziełem jednego genialnego umysłu, lecz wynikiem mrówczej, powolnej pracy całego zastępu społecznych naukowych badaczy. Nowy ten kierunek nie doszedł jeszcze swego zenitu, na wielu punktach istnieje niepewność i wahanie się; zakorzenione latami całemi poglądy powoli tylko ustępują miejsca nowym. Rzecz godna uwagi, że ten zwrot w nauce właśnie u nas najwcześniej odczuto, jakkolwiek faktycznie myśmy się najmniej przyczynili do jego wytworzenia. Przyczynę tego dziwnego zjawiska należy upatrywać w tradycyi. My odczuliśmy w świeżym kierunku nauki znane już myśli, przekazane nam tradycyjnie przez wielkiego naszego klinicystę CHAŁUBIŃSKIEGO. To też skwapliwie nawiązaliśmy nowy kierunek do znanych nam dobrze zasad i z właściwą nam, Słowianom, lotnością wyobraźni probujemy sformułować przyszłe zadania nauki i praktyki lekarskiej. Prac, podjętych w tym zakresie w naszej literaturze jest już kilka. O jednej, chronologicznie najwcześniejszej (Szkice krytyczne z zakresu medycyny — Zygmunta KRAMSZTYKA), zdawaliśmy już sprawę w roku zeszłym. Dziś pomówić mamy zamiar o najnowszej pracy BIERNACKIEGO: p. t. „CHAŁUBIŃSKI i obecne zadania lekarskie“.

Przedewszystkiem musimy zapoznać czytelników z przewodnią ideą tej pracy. Anatomia patologiczna, która od początku XIX wieku nadawała ton całej naszej nauce, pomalu traci swe przodujące stanowisko. Kliniczna obserwacja, niewolniczo zdążająca dotychczas w ślad za postępami anatomii patologicznej, zaczyna stawiać samodzielne kroki i punkt ciężkości w pojęciu choroby przenosi się ze zmian anatomicznych tkanek na zaburzenia w czynnościach narządów. Do wytworzenia nowego tego kierunku przyczyniła się najwięcej bakterjologia; ona to właśnie wprowadziła do nauki pojęcie toksyn, trucizn, krążących we krwi i wywołujących przez swe działanie zaburzenia chorobowe. Powstało więc tym sposobem pojęcie zatrucia ustroju, jako czynnika chorobotwórczego. Pojęcie to rozszerzono następnie na inne sprawy patologiczne. Pomijając choroby konsty-

tucjonalne, co do których już dawno stwierdzono, że powstają wskutek wadliwej przemiany materji, nawet cały dział chorób czynnościowych, t. zw. nerwic próbują dziś sprowadzać do zaburzeń w chemicznej przeróbce materji. Ostatecznie olbrzymią większość chorób można dziś tym sposobem zasadniczo tłómaczyć. Nowe fakty zmuszają nas do upatrywania istoty choroby nie w zmianach tkanek, które właściwie występują następczo, lecz w pewnej zmianie soków, a właściwie chemicznej przemiany materji ustroju. Zamiast więc patologii solidarnej, komórkowej VIRCHOW'a, wywalcza sobie panujące stanowisko w nauce nowa patologia, którąby nazwać można humoralną, chemiczną.

Że podobne zmiany w zasadniczych poglądach naszej nauki muszą się odbić na praktycznych zadaniach medycyny, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Lecz każda praktyka zawsze podąża dopiero za teorią. Dziś niema już prawie myślącego lekarza, któryby nie hołdował w teorii nowym poglądom; w praktyce jednak utrzymała się niejako stara rutyna. Rutyna ta polega na dążeniu do ścisłej anatomicznej dyagnozy chorób i na bezkrytycznym, bez żadnego planu stosowaniem leczenia. Właściwie konsekwentnym wynikiem kierunku anatomo-patologicznego w naszej nauce był nihilizm terapeutyczny i ogromny rozwój zabiegów chirurgicznych. Potrzeby jednak praktyki lekarskiej zmuszały lekarzy do leczenia, które wobec panujących poglądów anatomo-patologicznych było stosowane bez wiary, bez żadnego systemu, bez żadnego, że tak powiemy, związku z anatomiczną dyagnozą. „Patologia i terapia, mówi BIERNACKI, stały się nie jedną tkaniwą, jak dawniej, ale wyraźnie dwoma różnorodnymi kawałkami, przyfastrygowanymi do siebie“.

Powoli jednak teoria zrobić swoje musi, i praktyka lekarska prędzej czy później dostroi się do poglądów teoretycznych. Przedewszystkiem, ponieważ zmiany anatomiczne nie mogą mieć takiego wyjątkowego znaczenia w patologii, jak dotychczas, przeto rozpoznanie tych zmian nie może wyczerpywać w całości zadania dyagnostyki lekarskiej. Dla zadań praktyki lekarskiej nieraz większe znaczenie mieć będą momenty etiologiczne, kliniczne, wskazujące osobnicze lub dziedziczne usposobienie ustroju, aniżeli obecność takich lub innych zmian patologicznych. Dla praktycznych zadań lekarskich nie wystarcza, na przykład, stwierdzenie zmian gruźliczych w płucach, wielką rolę odgrywa tu również przebieg kliniczny choroby. Inaczej rokować, a nawet leczyć będziemy w przypadku gruźlicy o przebiegu przewlekłym, nie postępującym, aniżeli w przypadku, gdzie sprawa gruźlicza ostro się rozwija. Jedne i te same zmiany anatomiczne, w jednych i tych samych narządach umiejscowione, posiadają rozmaite znaczenie w praktyce lekarskiej, stosownie do klinicznego przebiegu choroby, do ogólnej sprawności funkcji, do przystosowania się ustroju względem istniejących zmian i t. d. Dyagnoza więc nie może polegać na samym tylko stwierdzeniu zmian anatomicznych, lecz równocześnie musi określać ogólny stopień zaburzeń w ustroju, wszystkie zboczenia od normy, zachodzące w danym przypadku. W takim znaczeniu dyagnoza nie będzie szematyczna, jak dzisiaj, lecz indywidualna; musi określać nie chorobę, ale stopień schorzenia ustroju. W dyagnozie więcej zwracać musimy uwagi na szkodliwość, grożące pośrednio lub bezpośrednio życiu, aniżeli na zmiany anatomiczne, które przy dokładnem wyrównaniu mogą istnieć bez szkody dla chorego. W rozpoznawaniu chorób serca, na przykład, nie tyle ma znaczenie lokalizacja wady zastawkowej, ile stopień zaburzenia kompensacyi.

Taka dyagnoza wiąże się ściśle z terapią. Poznawszy wszystkie szkodliwości, zachodzące w chorym ustroju i określiwszy ich wzajemną zależność, kierujemy nasze zabiegi lecznicze na te z pomiędzy nich, które są w danym przypadku najwa-

źniejsze, i które mogą być przez nasze zabiegi albo usunięte, albo korzystnie dla ustroju zmodyfikowane. Gdzie nie możemy wpłynąć na szkodliwość ważniejszą, usuwamy lub modyfikujemy mniej ważną. Przy takich wskazaniach lekarskich niema mowy o leczeniu przyczynowym i objawowym, chodzi tu tylko o wpływ na szkodliwości więcej lub mniej ważne, stosownie do tego, czy nasze zdobyte naukowe pozwalają nam wpływać na ten lub inny moment chorobowy. Niema więc przypadku, gdziebyśmy dla chorego czegoś uczynić nie mogli, nawet w zupełnie rozpaczliwych przypadkach pozostaje nam jeszcze wpływ na cierpienie chorego, na jego stan psychiczny. BIERNACKI zalicza nawet cierpienie do szkodliwości najważniejszych, zasadniczych. „Może człowiek, mówi autor, nosić w sobie zasadniczą szkodliwość chorobową, może życie jego istotnie wisieć na włosku—skoro tylko nie cierpi. nie uważa się za chorego, nie potrzebuje medycyny, ani lekarza. Dopiero cierpienie uprzytomnia mu, że jest chorym, cierpienie zmusza go do szukania pomocy, cierpienie stworzyło te pomoce i jest ostateczną przyczyną istnienia medycyny“. To też autor wpływowi psychicznemu na choroby, zasadom t.zw. postępowania lekarskiego nadaje wielkie znaczenie w sztuce leczenia.

Taką jest przewodnia idea pracy BIERNACKIEGO. Autor nie mógł nie spostrzedz, że myśli te dziwnie zgadzają się z poglądami, wypowiedzianymi już dość dawno przez CHALUBIŃSKIEGO. To też myśli te nawiązuje on do poglądów CHALUBIŃSKIEGO, podając równocześnie wyborną charakterystykę tego najznakomitszego naszego klinicysty. Autor wykazał, że CHALUBIŃSKI w szczegółowych swych poglądach patologicznych i terapeutycznych był na błędnej drodze, hołdował zasadom systematyków z końca zeszłego wieku; za to w ogólnych swych poglądach na chorobę, na zadania lekarskie miał myśli jasne, wielkie, które sformułował znakomicie w swych nielicznych zresztą pracach.

Za wielką zasługę BIERNACKIEGO należy uważać, że znaczenie CHALUBIŃSKIEGO oraz własne, powyżej streszczone poglądy rozpatruje z historycznego punktu widzenia. W historii nauki powtarza się dziwna anomalia: wraz z upadkiem jakiegokolwiek kierunku giną nietylko błędne myśli i opinie, ale równocześnie zatracają się i myśli prawdziwe. Zarzucone te prawdy występują na jaw znowu przy następnej reakcyi i nieraz są punktem wyjścia dla nowych teorii, nowych zasad nauki. Tym sposobem utrzymuje się owa ciągłość wiedzy, ów postęp w krańcowem wahaniu się myśli ludzkiej. Ta sama okoliczność zachodzi i w dziejach medycyny. W teoryach ostatnich systematyków patologicznych z końca XVIII i początku XIX wieku (JOHN BROWN, BROUSSAIS) odnaleźć można i ogólny pogląd na chorobę, jako zaburzenie funkcyi, i pojęcie o szkodliwościach chorobowych, jako punktach wytycznych praktyki lekarskiej (dyagnostyka i terapia) i wiele innych słusznych myśli. To wszystko jednak ginęło pod ciężarem systemu, błędnej teorii patologicznej. Kiedy następnie, pod wpływem prac MORGAGNI'ego, powstała anatomia patologiczna, kiedy pod ożywcem tchnieniem tej nauki rozwinął się nowy kierunek klinicznej obserwacyi, opartej na badaniach pośmiertnych (LAENNEC, LOUIS, BRETONNEAU), systemy upaść musiały, a wraz z nimi zaginęło i to, co w nich prawdziwe, słuszne było. Nowy kierunek naukowy wytworzył nowy pogląd na chorobę (jako na sumę zmian anatomicznych) i zadania praktyki lekarskiej (dyagnoza anatomiczna). Kierunek ten dosięgnął szczytu swego rozwoju około roku 1860, głównie przez prace niemieckich anatomo-patologów i klinicystów.

W tym właśnie czasie przypada działalność CHALUBIŃSKIEGO. Kształcąc się wtedy, kiedy istniała jeszcze, przynajmniej w praktyce lekarskiej, tradycja

systemów zeszlowiecznych, zaczerpnął z tamtąd wiele myśli do całokształtu swych poglądów. Bystry jednak ten umysł, obeznany dobrze i z nowymi badaniami nauki, nie mógł hołdować wszystkim zasadom systemów. Przystał sobie nie pewien system, lecz to głównie, co w nim było prawdziwe; uzupełnił i usystematyzował zasady te we własnym umyśle i stworzył tym sposobem podstawę dla praktyki lekarskiej, naukowo pojętej. Zasady te wyłożył w kilku swoich pracach już po ustąpieniu z katedry uniwersyteckiej. Prace te nie wywarły należytego wpływu, gdyż właśnie w tym czasie zaczęła się u nas propaganda anatomo-patologicznego kierunku medycyny, bądź przez tłumaczenia podręczników niemieckich, bądź przez prace kazuistyczne młodszych lekarzy. Nowy kierunek wkrótce zwyciężył, i o poglądach CHALUBIŃSKIEGO zapomniano, jakkolwiek tradycyjnie, bezwiednie prawie, jak twierdzi BIERNACKI, główne jego zasady i do dziś są stosowane przez naszych lekarzy praktyków.

Dopiero w ostatnich kilku latach, przy nowej zmianie w naukowym kierunku medycyny, zasadnicze jego poglądy, jako zgodne z nowym poglądem na istotę choroby i na zadania praktyki lekarskiej, coraz więcej znajdują zwolenników. Rzecz prosta, że nie wszystko z nauki CHALUBIŃSKIEGO może być dziś przyjęte. Odpaść muszą stare wspomnienia teorii systematyków, owe pewniki terapeutyczne, pojęcia o gastrycyzmie, malaryi, wikłającej wiele chorób i t. p. Pozostanie jednak trwale w nauce wspaniała, logiczna budowa wskazań lekarskich, którą dziś musimy podziwiać, gdyż, jak kończy BIERNACKI „w dziełach choćby najstarszych wielkich ludzi przez zmurszałą tkaninę, co chwila przebijają iskry niezmiennego złota, iskry prawdy“.

W ogóle cała charakterystyka CHALUBIŃSKIEGO w pracy obecnie omawianej jest znakomita, co tembardziej zasługuje na uwagę, że w ostatnim czasie dużo toczono sporów o zasługi tego klinicysty, nie zdając sobie dokładnie sprawy z jego prac i poglądów i ze stosunku ich do historycznego rozwoju nauki.

Tak się przedstawia treść ostatniej pracy BIERNACKIEGO. W streszczeniu powyższym nie trzymaliśmy się układu dzieła, lecz staraliśmy się przedstawić zasadniczą ideę autora, pomijając wiele pouczających szczegółów i uwag. Wspominaliśmy na samym początku, że temat tej pracy był już poruszany w naszej literaturze i mniej więcej podobnie rozstrzygany. W dziele jednak BIERNACKIEGO jest dużo nowych myśli. Nowe jest oświetlenie historyczne całej tej sprawy; oryginalny i wielkiej wagi jest szczegółowy rozbiór zadań praktyki lekarskiej, gdyż dotychczas sprawa ta opracowywana była głównie z teoretycznego lub z logicznego punktu widzenia. W ogóle cała praca czyta się z wielkim zajęciem, pisana jest żywo i potocznie, jedynie układ, budowa jej przedstawia pewien brak, mianowicie mało w niej przejrzystości, jasno rozwijającego się wątku, co czytelnikom, mniej obeznanym z tematem, może utrudniać dokładne pojmowanie zasadniczej myśli.

Osobiście miałbym jeszcze to i owo do zarzucenia w pewnych szczegółach rozumowania autora. Scholastyką trąci, podług mnie, rozróżnianie takich pojęć, jak „ratowanie od śmierci“ i „przedłużanie życia“. Nie mogę się również zgodzić na pojęcie celowego samoleczenia. Mojem zdaniem, samoleczenie jest wyrazem niedokładnej naszej znajomości zjawisk, zachodzących przy ustępowaniu choroby. Wprowadzanie takich celowych pojęć, jak „leczenie“, „pomoc“, do zjawisk życia w znaczeniu samodzielnych czynników ma wszystkie cechy antropomorfizmu. Podobny antropomorfizm jest błędem, który musi sprowadzić zamęt w pojęciach naukowych, gdyż nasuwa myśl o jakichś mistycznych siłach leczniczych i życiowych ustroju.

Wszystko to są jednak drobne braki, które nie zmniejszają bynajmniej dużej wartości dzieła. Możemy pracę tę śmiało polecić czytelnikom, zawiera ona bowiem wiele prawd, zasługujących na jaknajwiększe rozpowszechnienie. Jeszcze z jednego względu praca ta zasługuje na szczerą sympatyę: jest ona wyrazem budzącej się u nas krytycznej swojskiej myśli, reakcyi przeciw upokarzającemu nas śladownictwu i zależności umysłowej. Czy podobne usiłowania stworzą kiedyś wybitny narodowy kierunek w naszej nauce, tego dziś przesądzać nie możemy. W każdym razie, gdyby nawet cel ten osiągnąć się nie dał, pozostaną one świadectwem żywotności, samodzielności umysłu oraz rodzącego się poszanowania dla własnego dorobku naukowego, co, razem wzięte, rokuje pomyślnie o dalszym rozwoju nauki u nas.

Potrzeba tylko, abyśmy nie poprzestali na samej krytyce i teorii. Każda teoria wtedy tylko jest płodna, kiedy daje impuls do nowych badań, do nowych spostrzeżeń. Teorie w nauce możnaby porównać do peryodycznego wylewu wód; burzy on i niszczy stare, jałowe życie roślinne, lecz przynosi równocześnie nowe pożywne cząstki, które osiadają na roli. Użyźniona przez namulenie rola wymaga mozolnej pracy, aby wydała obfity plon; w przeciwnym razie rozlew tylko szkody przynieść może, bo niszczy stary dorobek.

Władysław Biegański.

KORRESPONDENCYA „MEDYCYNĄ”

Kraków, d. 26. I. 1900.

W dniu 18 stycznia r. b. zmarł w Krakowie asystent zakładu higieny uniwersyteckiego, ś. p. Napoleon KOSTANECKI. Ponieważ pracował on w ostatnich czasach nad zarazkiem dżumy, pomagając mi w przygotowywaniu szczepianki dżumowej, i zachorował przy objawach zapalenia płuc, które po 3 dniowej chorobie zakończyło się śmiercią — powstało przypuszczenie, że mogło tu nastąpić zakażenie zarazkami dżumy, jakkolwiek objawy kliniczne, za życia spostrzegane, (brak utraty przytomności, brak bólu głowy, brak zapalenia łącznicy, istnienie *herpes labialis*) zupełnie nie odpowiadały obrazowi tej choroby. Badanie płwociny mikroskopowe i za pomocą hodowli, wykonane jeszcze za życia, wykazało bakterye podobne do grypowych (influenza) i paciorkowce. Ponieważ nie chciałem polegać na własnym badaniu, wysłałem d-ra Leonarda BIER'a, mego byłego asystenta, obecnie adjunkta zakładu badania środków spożywczych, do Wiednia, celem zbadania płwociny i hodowli przez prof. WEICHELBAUM'a, GUON'a i ALBERT'a, którzy mieli sposobność spostrzegania dżumowego zapalenia płuc. Badanie to stanowczo wyłączało obecność zarazka dżumy.

Częściowa sekcja zwłok, wykonana przez prof. BROWICZA i CIECHANOWSKIEGO, przy badaniu mikroskopowem i bakteryologicznem, nie wykazała również tego zarazka. Wysiłek z opłucny prawej, wzięty za pomocą nakłucia, nie dał żadnej hodowli, sok zaś z płuca i miazga śledziony oraz krew zawierały bakterye beztleńowe i laseczki podobne do bakteryi zapalenia płuc FRIEDLAENDER'a.

Wobec braku sekcji całkowitej i badania narządów, jakkolwiek na zasadzie takiego badania nie można było wyjaśnić przyczyny śmierci, to jednak całkowicie zostało wyłączone przypuszczenie zakażenia dżumą lub innym jakim zarazkiem, w zakładzie hodowanym. Zwierzęta (szczur i 2 białe myszy), zaszczerpione cząstką śledziony, pozostały zdrowe.

Wobec przypuszczenia dżumy, przedsięwzięto wszystkie wskazane ostrożności, co do osób, będących w zetknięciu z chorym. Zostały one zaszczone surowicą przeciwdżumową, i najbliższe osoby z rodziny uległy odosobnieniu.

Ponieważ dotąd również i te osoby pozostały zdrowe, zatem wszelkie przypuszczenie dżumy zostało pozbawione podstawy.

O. Bujwid.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MONTEVERDI opisuje przypadek gruźlicy płuc, uleczonej po przypadkowym zarażeniu się chorego przymiotem. Młody człowiek, w którego rodzinie było kilka przypadków gruźlicy, okazywał wyraźne zmiany gruźlicze w wierzchołku lewego płuca; były przytem poty nocne, wychudnienie, gorączka do 41^o i laseczniki swoiste. Po zarażeniu się przymiotem (prócz wrzodu pierwotnego wystąpiły wkrótce oznaki drugorzędne) stan ogólny zaczął się poprawiać, a po kilku miesiącach zmiany w płucu znikły zupełnie, chory czuł się doskonale. (*Gaz. degli ospedali* 30. 7. 99).

= MIRONOWICZ na zasadzie 28 spostrzeżeń przekonał się, iż rtęć, krążąca we krwi, zostaje wydalana z ustroju nie tylko wraz z moczem, lecz i z potem; po wprowadzeniu nowej ilości rtęci wydalanie z potem powiększa się, a po przerwaniu zmniejsza się. Rtęć, wciera na w postaci szarej maści, przenika do przewodów gruczołów skórnych, z których wydostaje się napowrót wraz z potem. Nadmiar rtęci opuszcza ustrój drogą wzmożonego pocenia się. (*Wracj.* 35—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program Zjazdu: W piątek 20 lipca 1900 r. wieczorem: zebranie i powitanie przybyłych uczestników. W sobotę 21 lipca 1900 r. o 8 rano nabożeństwo, o 10 rano otwarcie Zjazdu i I posiedzenie ogólne, na którym wygłoszą wykłady: prof. NENCKI z Petersburga i prof. BARANOWSKI z Warszawy. Treścią wykładu prof. BARANOWSKIEGO będzie: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“; o 1 w południe otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej; o 4 po południu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie uczestników przez komitet gospodarczy. W niedzielę 22 lipca 1900 r. rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i technicznych; po południu wycieczka

w okolice Krakowa. W poniedziałek 23 lipca 1900 r. od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9 rano posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy i jej zwalczania; o 4 po południu posiedzenia sekcyjne; o 6 wieczorem zwiedzanie parku prof. JORDANA. We wtorek 24 lipca 1900 r. od 7—9 rano zwiedzanie miasta, o 9 rano posiedzenia sekcyjne; o 4 po południu II posiedzenie ogólne z wykładem prof. HOYERA z Warszawy i zamknięcie Zjazdu. We środę 25 lipca 1900 r. wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych i ewentualna wycieczka do Wieliczki. Prace naukowe Zjazdu odbywać się będą współcześnie w 23 sekcjach, a mianowicie dotąd utworzono następujące sekcje naukowe: 1) matematyczno-fizyczna, 2) chemiczna, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i

anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) przyrodniczo-rolnicza, 7) techniczna (mechanika, budownictwo, inżynierya i technologia chemiczna), 8) fotografii zastosowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno - fizyologiczna (anatomia, fizjologia, embryologia, histologia, chemia fizyologiczna, antropologia), 12) patologiczna (anatomia patolog., patologia ogólna, bakteriologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej wraz z pediatrią (oraz z balneologią, hydroterapią i farmakologią), 14) chirurgiczna (chirurgia, ortopedia, laryngologia i otyatria), 15) dentystyczna, 16) dermatologiczna, 17) neurologii i psychiatrii, 18) okulistyczna, 19) ginekologiczna, 20) medycyny sądowej i toksykologii, 21) medycyny publicznej (higiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych), 22) weterynarska, 23) prasy lekarskiej. Prace przygotowawcze wszystkich tych sekcji są w pełnym toku. Większość sekcji umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, które przedstawią uproszeni do tego sprawozdawcy. Znaczna część tematów jest już obraną, nadto zgłoszono już kilkadziesiąt samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania samodzielnych wykładów ustanowił Komitet na dzień 1 czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być dołączone krótkie streszczenie zgłoszonego wykładu.

Kostanecki, Witkowski

przewodniczący Komitetu

Ciechanowski

Sekretarz Komitetu (Wielopole 4).

— W dniu 27 z. m. o godzinie 1½ po południu w szpitalu św. Ducha na sali chirurgicznej kobiet (św. Barbary) odsłonięto popiersie (płaskorzeźba) prof. Juliana KOSIŃSKIEGO oraz umieszczoną pod niem tablicę marmurową z następującym napisem: *Medicinae doctorem chirurgiae professorem Julianum Kosiński grata memoria prosequuntur unius operae ac studiorum ab anno MDCCC LXXVIII*

ad MDCCC CXCIX socii nosocomiales. Odsłonięcie tej pamiątki poprzedziło przemówienie byłego naczelnego lekarza szpitala św. Ducha d-ra S. ZALESKIEGO w następujących wyrazach:

„Wkrótce po ustąpieniu czcigodnego prof. KOSIŃSKIEGO, jako emeryta, z obowiązków dyrektora kliniki chirurgicznej w tutejszym szpitalu, lekarze szpitalni powzięli zamiar uczczenia ustępującego profesora pozostawieniem i w samym szpitalu pamiątki jego świetnej i pożytecznej działalności. O zasługach prof. KOSIŃSKIEGO w pismach i na uczcie jubileuszowej przedstawiciele całego tutejszego społeczeństwa serdeczne złożyli dowody uznania, na które szan. jubilat zasłużył, jako lekarz z Bożej łaski, który umysłem w zawodzie swoim niezwykle jest biegłym, a uposażony niespożytą energią był w możności znośić trudy wielkiej praktyki, a jednocześnie nauczać. Koledzy szpitalni nie mogli ograniczyć się do tych ogólnych wynurzeń. Będąc najbliższymi świadkami najtrudniejszej działalności szpitalnej i nauczycielskiej profesora KOSIŃSKIEGO, zaprojektowali wmurować w ścianę jednej z sal chirurgicznego szpitalnego pawilonu, na pamiątkę 20-letniej działalności profesora, medalion z odpowiednim napisem. Po uzyskaniu pozwolenia władzy, zamiar ten przyszedł do skutku, i dziś właśnie odsłaniamy tę skromną pamiątkę. Szczęśliwy jestem, że dożyłem tej chwili i mogę jeszcze raz wynurzyć przy tej okazji od siebie i kolegów szpitalnych słowa czci i uwielbienia dla profesora, a zarazem złożyć najserdeczniejsze życzenia zdrowia i długiego życia, ażebyś mógł długo jeszcze nieść pomoc cierpiącym i być ozdobą społeczeństwa a wzorem dla młodszej braci lekarskiej. Medalion ten polecamy opiece administracji szpitalnej w nadziei, że nie da mu zmarnieć przedwcześnie“.

Po opadnięciu zasłony przemówił w imieniu byłych uczniów prof. KOSIŃSKIEGO były jego asystent, d-r SZTEYNER:

„Na pamiątkę dwudziestoletniej z górą działalności klinicznej prof. KOSIŃSKIEGO, grono uczniów i lekarzy szpitala św. Ducha postanowiło pomieścić w jednej z sal klinicznych popiersie swojego Mistrza. Olbrzymie postępy, jakie chirurgia w ostatnich dziesięcioleciach dziewiętnastego wieku uczyniła w Europie i u nas wybitnie się zaznaczyły. Byliśmy świadkami działalności prof. KOSIŃSKIEGO na polu chirurgii klinicznej w szpitalu św. Ducha. Przez lat 20 wykształcił on setki uczniów, tysiące chorych uzdrowił, tysiące operacji dokonał. Tu po raz pierwszy na naszej ziemi odzyskali zdrowie chorzy po wielkich operacjach brzusznych, tu po raz pierwszy z pomyślnym wynikiem były wykonane takie operacje, jak gastrektomie, enterektomie, nefrektomie, hysterektomie. Był to świetny, rzec można, złoty okres naszej chirurgii, która dosięgła swojego najwyższego rozwoju. Dziś, kiedy ten świetny okres się skończył, niechże przynajmniej to popiersie z tablicą przypomina wszystkim studentom, lekarzom i pacjentom, którzy przechodzą będą przez tę salę, o tej znakomitej a owocnej w skutki działalności naszego Mistrza. Niech przypomina

na przyszłym pokoleniom zasługi wielkiego chirurga i niech świadczy o naszej dla niego wdzięczności“.

Prof. KOSIŃSKI w dłuższym przemówieniu dziękował za zaszczyt i uznanie, jakie go spotyka. W tem uznaniu widzi on, jak wysoko noszą lekarze sztandar nauki i sztuki lekarskiej.

— Wyszedł z druku tom pierwszy „Wykładów o chorobach zakaźnych ostrych“ przez Władysława BIEGAŃSKIEGO, nakładem „Gazety lekarskiej“. Cena rb. 4.

— Zeszyt IV „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ z roku 1899 zawiera: 1) Fr. NEUGEBAUER. Rzadkie spostrzeżenie torbieli macicznej, usuniętej na drodze amputacji macicy przy pomocy cięcia brzuszego. 2) Fr. NEUGEBAUER. Czy całość worka owodnej jest niezbędną (*conditio sine qua non*) dla dalszego rozwoju płodu po pęknięciu kosmówki i ściany legowiska płodu lub nie? 3) KOHLBERGER. O zasadniczych t. j. typowych postaciach chorób umysłowych pojedynczych, złożonych i powikłanych. (Ciąg dalszy). 4) Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 5) Ogłoszenia.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona LANDE udzielone ma być w dniu 18 lutego r. b., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rb. 95 albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania, albo w razie braku takiego kandydata podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim, albo też — w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznaczony został do dnia 10 lutego r. b. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot.

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia. D-r M. Jakowski.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów prowincjonalnych „Prospekt Encyklopedii Staropolskiej“ Z. Glogera.