

GAZETA LEKARSKA

Ś. P.

STANISŁAW KRYSIŃSKI.

Kiedy staliśmy nad świeżą mogiłą nieodżałowanej pamięci STANISŁAWA KRYSIŃSKIEGO wobec straty tak wielkiej, tak nieoczekiwanej, nie było miejsca na zimne refleksye. Cisną się wtedy myśli, których przytłumić niepodobna, bo oto wydarty nam został mąż wielkiej energii, nieposzlakowanej prawości, niepospolitego umysłu, serca bijącego gorącym tętnem na wszystko, co sprawy ogólne miało na celu.

Teraz, ochłonawszy nieco z pierwszego okropnego wrażenia, możemy spokojnie przejrzeć karty tego cennego, zacnego i pożytecznego żywota, aby złożyć hold zasługom obywatela, niedostatecznie ze swej pielgrzymki ziemskiej ocenionego, niewdzięcznością nieraz za swą pracę nagrodzonego, goryczą za swe najszlachetniejsze przekonania karmionego.

STANISŁAW KRYSIŃSKI był lekarzem, który wysoko dźwigał sztandar swojego zawodu, był on jednym z tych, którzy głęboko byli przeświadczeni i przeświadczeniu temu dawali wyraz, że wysokie poczucie etyczne, prawosć charakteru i szczerą dążność humanitarna, oto są podstawy, na których jedynie skutecznie oprzeć się może działalność lekarza. Nikt też zapewne bardziej głęboko nad przedwczesnie zgasłego drogiego nam Towarzysza nie wyznawał nie zbyt ogólnieni, estety, przyjętej zasady, że tylko bardzo rozległe i gruntowne podstawy naukowe stanowić mogą zdrowe drzewo, na którym dojrzeć zdołają ożywcze owoce praktycznej działalności klinicznej. Nikt bardziej surowo, a jednak sprawiedliwie nie oceniał niedojrzałych, a często już w zalążku zepsutych płodów twórczości naukowej, nikt bardziej nad KRYSIŃSKIEGO krytycznie, logicznie i trafnie nie określał wartości nowych nabytków wiedzy, mających nieraz złudne pozory cennych odkryć naukowych.

Pod względem głębokiej, zwłaszcza przyrodniczej erudycyi zajmował KRYSIŃSKI wyjątkowo wyróżniające się stanowisko nie tylko dzięki wielkiemu zamiłowaniu do nauki i bezprzykładnej niemal pracowitości, lecz również, a może i głównie dzięki wykształceniu, którego pierwsze początki odebrał pod strzechą rodzinną. Ojciec, b. oficer b. wojsk polskich, następnie prof. matematyki, wreszcie inspektor szkół w Lublinie i matka, Franciszka z Brzezińskich, należeli do najinteligentniejszych sfer społeczeństwa naszego, gdzie prawość charakteru, dążność do wiedzy, były najstaranniej pielęgnowane. Czy to było następstwem dziedziczności ducha, czy skutkiem dobrego przykładu — dość, że z tego drzewa rozwinęła się latorośl, która w następstwie przyjęła za godło pracę i prawdę.

Wykształcenie wyższe odebrał KRYSIŃSKI w Szkole Głównej Warszawskiej, którą ukończył w r. 1868 ze stopniem magistra nauk matematyczno-fizycznych. Prace matematyczne, a później zajęcia chemiczne w cukrowni nie zdołały stłumić zamiłowania, które KRYSIŃSKI żywił zawsze dla medycyny. Na zmianę pierwotnego kierunku pracy nie miały prawdopodobnie wpływ wywarł nieszczęśliwy wypadek w fabryce cukru w Sannikach, którą ratował od wybuchu kotła, a nabawiwszy się ciężkiej długotrwałej choroby, zmuszony był opuścić.

Już też nie w pierwszej młodości wstąpił na kursa medycyny najprzód we Wrocławiu, później w Jenie, gdzie po obronie rozprawy „*über Enteritis membranacea*“¹⁾ otrzymał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Jakkolwiek KRYSIŃSKI poprzednio oddawał się pracy naukowej i ogłosił badania nad sacharymetryą optyczną²⁾ i termometrami³⁾, to jednak od studyów w Jenie rozpoczyna się jego ciągła, nader cenna działalność twórcza na polu medycyny teoretycznej i praktycznej. Ginekolog z zawodu wkraczał ciągle w inne dziedziny; zdawało się, że zbyt ciasny był zakres Jego specjalności, wyrwał się zeń, aby, przeszczepiając na medycynę podstawy matematyki, fizyki i chemii, rozwiązywać ogólniejsze zagadki.

W inauguralnej rozprawie jenańskiej K. opisał przebieg, rozpoznanie i leczenie błoniastego zapalenia kiszek, opierając się na 6 własnych przypadkach, przez czas dłuższy, bo przez 3 lata obserwowanych. Rozprawa ta nie ma cech prac akademickich, z jakimi spotykamy się na każdym kroku. Występuje tu wytrawny obserwator, doświadczony badacz przyrody, umysł trzeźwy i samodzielny. Zwłaszcza badania chemiczne i mikroskopowe mas śluzowych, wydzielanych przy omawianem cierpieniu jest tak dokładne, że po latach 15 nie możnaby nic było doń dodać obecnie. Wykazały one obecność znacznej ilości mucyny i alkalialbuminatu, a wbrew twierdzeniu NOTHNA-GEL'a i FUERBRINGER'a brak globuliny; mikroskopowo wykryte zostały różne postacie nabłonka kiszkiowego, w różnym stopniu zmienionego, komórek okrągłych i pasma substancyi podstawowej, laseczniki, koki i pleśnie nitkowate.

1) Ueber Enteritis membranacea. Jena. 1884.

2) Wykład sacharymetryi optycznej. Ekonomista. 1871.

3) O termometrach. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1881.

Na zaznaczenie również zasługuje wykrycie mikrokoków, które dawały od-
czyny barwne laseczników gruźliczych. Fak ten dał okazję na innem miej-
scu do wypowiedzenia zdania, że sposób ENRLICH'a nie jest swoistym wyłącznie
dla laseczników KOCH'a, co później przez innych badaczy potwierdzonem
zostało.

Nie znał KRYSIŃSKI autorytetów naukowych w sprawach, któremi bliżej
się zajmował. To też z całą stanowczością występuje przeciwko nazwie *col-
lica mucosa*, którą chciał nadać NOTHNAGEL błonistemu zapaleniu jelit, ostrej
poddaje krytyce użycie środków przeczyszczających przy tem cierpieniu i jeden
z pierwszych przynajmniej proponuje dezynfekcyę dolnego odcinka prze-
wodu pokarmowego za pomocą ławatyw, zawierających środki odkażające.
Obdarzony zmysłem wysoce krytycznym, który wykazał wkrótce potem w oce-
nie odkrycia przez KOCH'a wibryonów cholerycznych ¹⁾, niemniej wymaga-
jącym był od samego siebie. W wspomnianej już poprzednio pracy wyka-
zuje znaczne jej usterki: brak dokładnego badania bakteriologicznego i niemoż-
ność określenia większej części substancyi proteinowych, wchodzących w skład
wydzielin błonistych.

Bodaj czy nie najwięcej uznania zjednały KRYSIŃSKIEMU w świecie
naukowem prace, mające tylko pośredni związek z medycyną. Mam tu na my-
śli doświadczenia nad zawiesiną i roztworem ²⁾, hydrodyffuzyą i osmozą ³⁾
Nie wdając się w opis bardzo sprytnie ułożonych, a w wykonaniu nadzwyczaj
zmuśnych doświadczeń, zaznaczyć musimy fakty, które stanowią prawdziwy
dobytek naukowy. KRYSIŃSKI stwierdził, co następuje:

1) Przy pomocy filtrowania przez bibułę można wyrugować z roztworu
nie tylko krystalloidy, lecz również materye koloidalne [hemoglobinę, białko]
oraz cały szereg barwników.

2) Przy przesączaniu przez azbest lub watę szklaną wydzielić się dają
z rozczynów barwniki anilinowe.

3) Ciała, przenikające z łatwością przez błony zwierzęce lub pergamin
można zatrzymać na przeponie glinianej 2 mm. grubości i odwrotnie.

4) Tak przy przesączaniu, jakoteż i przy osmozie hematoksylina uledez
może chemicznemu rozkładowi i dyssoacyi.

5) Dostateczna ilość węgla kostnego może nie tylko przyciągnąć wszy-
stkie barwniki, białko, hemoglobinę i wiele soli metalicznych, lecz niewątpliwie
wywołać jest w stanie chemiczny rozkład tych substancyi.

Wyniki te dały pochop KRYSIŃSKIEMU do wypowiedzenia zdania, że pomię-
dzy zawiesiną a najsilniejszym związkiem chemicznym istnieją tylko stopniowe,
przejściowe różnice, że przeto pojęcie o roztworze w przeciwieństwie do za-
wiesiny nie wytrzymuje krytyki; gdyż niepodobienstwem ściśle jest odgrani-
czyć to, co pojmujemy pod nazwą rozczyinu zarówno od związku chemicznego,
jak i od mieszaniny.

1) Ueber den Kommabacillus. Jenaische Sitzungsberichte. 12. XII. 1884.

2) Ueber Suspension und Lösung. Jenaische Sitzungsberichte. 8. II. 1884.

3) Ueber Hydrodiffusion und Osmose. Jenaische Sitzungsberichte 22. II. 1884.

Z badań powyżej opisanych bezpośrednio wypływały poglądy KRYSIŃSKIEGO na hydrodyffuzję i osmozę. To też badacz, który tak znakomicie rozwiązał kwestję zachowania się różnych ciał w rozpuszczalnikach, miał prawo i mógł krytycznie rozebrać poglądy DUTROCHET'a, GRAHM'a, LIEBIG'a, BRUECKE'go, FICK'a, HOPPE-SEYLER'a i innych na sprawy, zachodzące przy powolnem, samodzielnem mieszaniu się płynów, znajdujących się w bezpośrednim zetknięciu lub też rozdzielonych błoną zwierzęcą.

Najpierw KRYSIŃSKI udowodnił, że współczynnik dyfuzji, podany przez FICK'a, nie jest wielkością stałą, zależną wyłącznie tylko od istoty materii dyfundujących, że przeciwnie jest on bardzo złożoną i nieznaną dotąd funkcją przyrodzonych własności ciał, ich stopnia stężenia, trwania dyfuzji i ciepłoty.

Przy dyfuzji ciał, dostatecznie do siebie zbliżonych, następuje swoiste wzajemne ich przyciąganie, które, nie utożsamiając bynajmniej z ciężeniem NEWTON'a, idąc za przykładem LIEBIG'a, nazywa KRYSIŃSKI wprost powinowactwem lub też powinowactwem duchowem.

Co się zaś tyczy osmozy, to jest zdania, że przy badaniu tej sprawy zbyt mało zwracano uwagi na wpływ przepony dziurkowej; wreszcie pojęcie współczynnika endosmotycznego JOLY'ego uważa za nieściśle i nieodpowiednie.

Niepodobna jest zastanawiać się nad szczegółami tej nader ciekawej pracy, w której wykazaną została wadliwość metodyki i wyprowadzonych formuł matematycznych, mających na celu przedstawić ogólne prawa tak zawiłych i niezbadanych zagadek hydrodyffuzji i osmozy. Dość że KRYSIŃSKI słusznie uważał je wówczas za zupełnie nierozwiązane, a ówczesne wyniki badań za zbyt pochopne i na nieuprawnionem uogólnieniu oparte.

Ten sam charakter krytyczny posiadają prace farmakologiczne KRYSIŃSKIEGO. Pomijając notatki drobniejsze o działaniu *hydrastis canadensis*, ¹⁾ o otruciu antypyriną, ²⁾ zatrzymać się winniśmy na działaniu soli srebra ³⁾ i sporyszu ⁴⁾, tembardziej, że owe prace stanowią ważną epokę w życiu tego niezmordowanego pracownika. Odnoszą się one do lat 1886—1888, w których KRYSIŃSKI, chcąc owocami swej pracy służyć niwie rodzinnej, przebywał w Dorpacie, gdzie w 40 roku życia złożył ponownie egzamina i stopień doktora uzyskał.

W badaniach tych posługiwał się KRYSIŃSKI przeważnie metodami mikroskopowemi; metody fizyologiczne, w pracach innych autorów opisane, gruntownemu tylko poddał rozbirowi. Być może, że wskutek tego ostatnie wyniki jego poszukiwań są zbyt jednostronnymi tembardziej, że tak srebro, jak i sporysz, zwłaszcza ten ostatni, zyskały na wielkiem doświadczeniu oparte prawo istnienia w terapii.

¹⁾ O działaniu *Hydrastis canadensis* Gazeta Lekarska. 1888.

²⁾ Przypadek otrucia antypyriną. Gazeta Lekarska 1893.

³⁾ Ueber den Hentigen Stand der Argyrie-Frage. Inaug. Diss. Dorpat. 1886.
Przyczynek do nauki o argyryi. Gazeta Lekarska. 1886.

⁴⁾ Pathologische u. kritische Beiträge zur Mutterkornfrage. Jena. 1883.

Że srebro przy stosowaniu podskórnem, jak i wewnętrznem może wywołać typową argyryę na zwierzętach i przy zwiększonych dawkach nawet śmierć spowodzić w ciągu krótkiego czasu, jest to fakt, oddawna ogólnie przyjęty i doświadczalnie stwierdzony; w objaśnieniu jednak tego zatrucia i we wskazaniach do użycia środka zachodziły znaczne pomiędzy autorami różnice zapatrywań. Gdy jedni uważali złogi srebra w tkankach za srebro metaliczne, inni za związek nieorganiczny lub organiczny; gdy jedni umiejscawiali złogi srebra w tkance łącznej, inni w komórkach; gdy jedni zalecali użycie srebra i metal ten dla ustroju za obojętny poczytywali, inni natomiast badacze zachowywali się milcząco lub wymijająco.

Przy szczegółowem badaniu narządów w 3 przypadkach argyryi u człowieka KRYSIŃSKI dowiódł chemicznie, że czarne ziarna, napotykanne w narządach są bliżej niezbadanem związkiem organicznym srebra. Ziarenka te zbierają się przeważnie w samych ścianach zmienionych przez to i zwyrodnionych naczyń, a następnie w tkance łącznej, aczkolwiek nagromadzić się mogą również w prawdziwych nabłonkach, śródbłonkach, w naczyniach doprowadzających i odprowadzających kłębków MARIEU'ego, w białych ciałkach krwi i we wszelkiego rodzaju komórkach szpiku kostnego.

Na mocy własnych doświadczeń, jakoteż na podstawie rozbioru przypadków spraw chorobowych, leczonych przez innych autorów przetworami srebra, dochodzi KRYSIŃSKI do przekonania, że nie tylko dłuższe, lecz nawet przez czas krótszy trwające leczenie srebrem jest wysoce niebezpieczne i stanowczo zaniechanem być winno.

Do niezbyt zachęcających wyników dochodzi również KRYSIŃSKI w swych toksykologicznych poszukiwaniach nad sporyszem. Początek do napisania tej wyczerpującej pracy, w której do roku 1888 zebraną i krytycznie opracowaną została cała literatura tego bardzo ważnego przedmiotu, były badania KRYSIŃSKIEGO, dokonane, na prośbę prof. KOBERT'a, nad grzebieniami kogutów, zatrutych wyosobnionym z kwasu sklerotynowego kwasem sfacelinowym. Gdy jednak zamiast zwyrodnienia szklistego zakrzepu większych tętniczek, jak to twierdził v. RECKLINGHAUSEN, w tkance zmartwiałego grzebienia mikroskop uwidoczniał do mikrobów podobne twory ziarniste, KRYSIŃSKI przystąpił do szeregu doświadczeń na zwierzętach, które zatrutowane były już to sporyszem lub też jego wyciągiem alkoholowym t. zw. *extractum sphacelinicum secalis cornuti*.

Sekeya na zwierzętach dokonywana była w agonii lub najpóźniej w 12 godzin po śmierci przy zachowaniu wszelkich ostrożności niezbędnych przy badaniach bakteriologicznych, w celu wykrycia obecności bakterji w narządach i cieczech ustroju, a w celu stwierdzenia zmian we krwi i tkankach przeprowadzone były poszukiwania na suchych preparatach krwi limfy i soku tkanek oraz na skrawkach narządów, uprzednio odpowiednio stwardnionych.

W kilka dni po zatruciu występowały poważne zmiany w narządach wewnętrznych: wysięki w tkankę podskórną i w jamach surowicznych, przekrwienie wątroby, śledziony i nerek, katar żołądka, ciężkie zapalenie błony śluzowej kiszek, rozszerzenie naczyń na błonie surowiczej kiszek bez wylewów,

mniej lub więcej stałe zmiany w płucach [przekrwienie] i w sercu [zwyrodnienie mięśnia]. We wszystkich przypadkach we krwi: w cieczech i narządach stwierdził KRYSIŃSKI obecność drobnoustrojów, pomiędzy którymi przeważały paciorkowce, aczkolwiek skojarzone były zawsze z różnorodnymi innymi pasożytami. Szczepienia krwią zwierząt zatrutych wywoływały nadzwyczaj groźne objawy ze zmianami, właściwymi ropnicy i posocznicy. Ztąd badacz ten doszedł do przekonania, że pod wpływem sporyszu rozwijają się i rozmnażają u zwierząt uśpione w swej czynności zarzaki, które przy upośledzonym odżywianiu ustroju ciężkie wywołują zaburzenia. Odmawiając sporyszowi wszelkiego znaczenia w praktyce akuszerskiej, ginekologicznej i w wewnętrznej medycynie, KRYSIŃSKI pod hasłem „*prima regula medici non nocet*“, najusilniej protestuje przeciwko stosowaniu „środka tak bezpożytecznego, a w skutkach swych częstokroć zgnębego“.

Część tego znakomitego dzieła, dotycząca zmian anatomo-patologicznych przy ergotyzmie, opisana na podstawie własnych doświadczeń KRYSIŃSKIEGO, stanowi wzór pracy w tem kierunku. Czy jednak ten dzielny autor miał prawo na podstawie własnych jednostronnych poszukiwań dojść do tak stanowczego wniosku, na to również krytyczne zapatrywanie z pewnością zgodzić się nie może. Wady w samej metodzie eksperymentowania, różnorodność warunków, brak wyosobnionej substancji, niezgodność w pojedynczych składnikach działania fizyologicznego środka, otrzymana przez różnych autorów, nadzwyczaj zręcznie uchwycona przez przedwcześnie zgasłego dla nauki badacza, nie rozstrzygają bynajmniej kwestyi. Doświadczenia, w założeniu jednolite, na różnych układach ustroju zwierzęcego przy, o ile możności, fizyologicznych warunkach dokonane tak sumiennie i tak krytycznie, jak tego wielokrotnie dał przykłady KRYSIŃSKI, rozjaśnia niewątpliwie wartość środka, który oddawna okazuje znakomite usługi w ręku doświadczonego lekarza.

Prace ginekologiczne ¹⁾ KRYSIŃSKIEGO, drukiem ogłoszone, opierają się również przeważnie na badaniach histologicznych, które doprowadził do rzadkiej doskonałości, czy to poszukiwał nowotworów, czy sprawdzał prace poprzedników nad budową narządów płciowych, czy też szukał przyczyn i zmian, zachodzących przy ciąży zamacicznej. Pewny w swoich wnioskach, wygłaszał swe poglądy, oparte na tysiącach skrawków drobnowidzowych i na udoskonalonych przezeń metodach histologicznych.

KRYSIŃSKI wprowadził do zatapiania preparatów drobnowidzowych fotoksylinę ²⁾, jako środek zamieniający i pod wieloma względami przewyższający celloidynę, wzmocnił działanie różnych barwników, przez połączenie ich z so-

¹⁾ Ein Fall von Schleimhautkrebs des Uterus. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 12.
Beiträge zur Anatomie des Fruchtsackes bei Eileiterschwangerschaft. Arch. f. Gynäk. Bd. 38.
O ciąży zamacicznej. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890.
O haematosalpinx. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890.
O przyczynach niepomyślnego rokowania przy myomtomii Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890.

²⁾ Fotoksylina. Gazeta Lekarska. 1887.

lami [ałunem, siarczanem miedzi, dwuwęglanem litynu] i kwasami [kwasem pikrynowym] w celu dyfferencyacji i wybitnego zabarwienia oddzielnych części tkanek ¹⁾. KRYSIŃSKI udoskonalił okular mikrometryczny ²⁾, wymierzający wielkości drobnowidzowe aż do 0,0001 mm. w ten sposób, że ruch skali odbywał się nie w jednym, lecz w dwóch do siebie prostopadłych kierunkach. Tak zmienione narzędzie daje możność wymierzenia grubości warstwy obłożonego na lasecznikach gruczyliczych barwnika oraz określenia kątów dwuściennych, a tem samem krystalograficznego oznaczenia kryształów drobnowidzowych; on również, zastanawiając się nad niedokładnością przyrządów do sporządzania skrawków, wykonał mikrotom ³⁾ własnego pomysłu, który umożliwia zupełnie dowolne ustawienie płaszczyzny noża do płaszczyzny preparatu.

Lecz nie na tej działalności naukowej, kończą się zasługi STANISŁAWA KRYSIŃSKIEGO. Zabłysnął on szczególniej pożytecznym wpływem, wstąpiwszy jako członek czynny Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Już samą pilnością i żywym udziałem w pracach Towarzystwa był pięknym, naśladowania godnym wzorem, jak trzeba pracować, gdy się do pracy jest powołanym, jak trzeba służyć sprawie, gdy się w szeregi zapaśników jej raz weszło. Zarówno w interesach rozwoju organizacyi samego Towarzystwa, jak również i w sprawach, dotyczących stowarzyszonych kolegów, a przedewszystkiem w najważniejszej sprawie naukowej dostojności Towarzystwa, KRYSIŃSKI położył niespożyte zasługi. Zbyt krótkie, bo 9-letnie tylko współpracownictwo w naszym Towarzystwie, które zapisze imię KRYSIŃSKIEGO w szeregu najcenniejszych swoich pracowników, to bez wątpienia jedna z najpiękniejszych kart przedwczesnie zmarłego, nieodżałowanego Towarzysza.

Rozstał się z tym światem w 51-szym zaledwie roku pracowitego żywota, w chwili, kiedy stał na wyżynie obywatelskiej działalności w pełni jej najbardziej pożytecznego rozwoju.

Jan Pruszyński.

¹⁾ Indygokarmin. Karmin ałunowy miedziany, litynowy, pikrynowy. Gazeta Lekarska. 1887 i 1889. Toż samo w Virchow's Archiv.

²⁾ Nowy okular mikrometryczny i jego zastosowanie. Gazeta Lekarska. 1887.

Ueber ein neues Okularmikrometer und dessen Anwendung in der mikroskopischen Krys'tellographie. Zeitsch. f. Krystallographie. Bd. 14.

³⁾ O mikrotomach. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890.

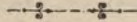
II. W SPRAWIE PIERWSZEŃSTWA POMYSŁU

WYCINANIA OBUSTRONNEGO NERWU WSPÓŁCZULNEGO SZYJOWEGO WRAZ Z TRZEMA JEGO ZWOJAMI

CELEM LECZENIA PADACZKI SAMOISTNEJ.

Podał

D-r R. Barącz [we Lwowie].



D-r ROMAN JASIŃSKI z Warszawy w listach swoich z Paryża, a mianowicie w liście, ogłoszonym w N-rze 43-im „Gazety Lekarskiej“ z b. r. z dnia 23 października, wspomina o wszystkich zabiegach, na nerwie współczulnym dokonanych, z wyjątkiem mojego, celem leczenia padaczki samoistnej. Po wyczeniu przypadków ALEXANDR'a, w których tenże przez wycięcie górnego zwoju nerwu współczulnego szyjowego usiłował leczyć padaczkę, pisze on na str. 1168: „Jestem przekonany, że mi wybaczycie ten nieco przedługi szereg, ze względu na to, że u nas, o ile wiem, nikt tego rodzaju usiłowań dotąd nie przedsiębrał i że sprawa wycinania nerwu współczulnego, która przez jakiś czas prawie zupełnie znikła z widowni spraw bieżących nowej chirurgii, dzisiaj znowu zaczyna żywiej umysły zajmować. Wogóle rzeczy te są mało u nas znane. Dlatego to w jak najtreściwszy sposób starałem się podać to, co daleko obszerniej i szczegółowiej opisane jest w II tomie „*Chirurgie opératoire du système nerveux*“ CHIPAULT'a.

Autor ten zwrócił moją uwagę na ten przedmiot, twierdząc, że obecnie TH. JONNESCO z Bukaresztu pełni istotnie chirurgię nerwu sympatycznego na nowe tory, oraz, że staraniami tym, które go żywo zajęły, wróży świetną przyszłość. JONNESCO zaznaczył na zjeździe Chirurgów w Paryżu w roku 1896 znaczenie wycięcia całkowitego i obustronnego nerwu współczulnego w leczeniu choroby BASEDOW'a (*gâtre exophthalmique*), padaczki, histeroepilepsji, jednym słowem: w leczeniu tych cierpień, w których zaburzenia naczynio-ruchowe w mózgowiu grają rolę niewątpliwego momentu chorobotwórczego.

JONNESCO tedy pierwszy począł wycinać wszystkie 3 zwoje nerwu współczulnego na szyi wraz z nerwami, a na Zjazd tegoroczny zawiózł do Moskwy wyniki 24-ch operowanych przez się przypadków, z których 2 dotyczą wycięcia tylko górnego zwoju, a reszta [22] wycięcia całego nerwu współczulnego szyjowego wraz ze zwojem górnym, średnim, a czasem i dolnym. Z tej liczby wspomnieć należy o 3 przypadkach wola z wypukleniem gałek ocznych, w których otrzymał bardzo piękne wyniki. Reszta dotyczy epileptyków, u których zdobywał stale znaczne polepszenie, a w kilku przypadkach zupełne wyleczenie, trwające już od roku“.

Że JONNESCO znajduje się w błędzie, twierdząc, że całkowite i obustronne wycięcie nerwu współczulnego szyjowego przy padaczce jest jego pomysłem, udowodniłem mu już sprostowaniem, umieszczonem w „*Centralblatt für Chirurgie*. 1897 w N-rze 13 na str. 400 z uwagi na jego artykuł w Numerze

2-gim „*Centralblatt für Chirurgie*“ z b. r. i osobiście na tegorocznym Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Moskwie.

Koledze JASIŃSKIEMU zwracam uwagę, że myli się, twierdząc, że u nas nikt tego rodzaju usiłowań dotąd nie przedsiębrał i jakoby pomysł JONNESCO'a był nowym. Myśl do leczenia padaczki samoistnej przez obustronne całkowite wycięcie nerwu współczulnego szyjowego wraz z trzema jego zwojami podałem ja pierwszy jeszcze w roku 1893: „W sprawie podwiązania i resekcji tętnic kręgowych, jak również i resekcji nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej“. Przegląd lekarski 1893. N-r 21—24, str. 315. Ja pierwszy wykonałem resekcję nerwu współczulnego na dłuższej przestrzeni, bo 27 stycznia 1889 r. [patrz: „Sprawozdanie z posiedzenia sekcji lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z dnia 9 lutego 1889. Przegląd lekarski 1889 N-r 17 str. 214 i sprawozdanie z posiedzenia tegoż Towarzystwa z dnia 23 lutego 1889. Przegląd lekarski 1889. N-r 18, str. 226 i 227“], niezależnie i w nieświadomości o podobnych zabiegach na nerwie współczulnym szyjowym, wykonywanych przez W. ALEXANDR'a, gdyż ALEXANDER ogłosił swoją pracę o leczeniu padaczki „*The treatment of Epilepsy*“ przez wycinanie górnego zwoju nerwu współczulnego w kwietniu 1889 r. (patrz: *Index medicus, a monthly classified record of the current medical literature of the world Vol. XI April 1889, str. 162*), a przedtem o zabiegach jego na nerwie współczulnym nie wiedziano.

Prawie po upływie roku po moim zabiegu, t. j. 8 grudnia 1889, wykonał RUDOLF JACKSCH neurotomię jednostronną nerwu współczulnego wraz z podwiązaniem naczyń kręgowych u swojego pierwszego epileptyka (patrz: *Wiener medizinische Wochenschrift. 1892. Nr. 16 i 17*), a prawie w 3 lata po mnie, t. j. 24 listopada 1892, wyciął BOGDANIK u epileptyka jednostronnie zwój środkowy nerwu współczulnego (patrz: „*Wiener medicinische Presse. 1893. Nr. 15 i 16*“).

Oдноśnego epileptyka przedstawiłem w 13 dni po operacji na posiedzeniu Tow. Lekarskiego z dnia 9 lutego 1889, demonstrując na temże posiedzeniu także nerw wycięty. Na następnym posiedzeniu tegoż Towarzystwa z dnia 23 lutego 1889 omówiłem następstwa wycięcia pnia nerwu współczulnego, w swoim przypadku spostrzegane, oraz powody, które mnie do tego zabiegu skłoniły. Tożsamość nerwu współczulnego w tym przypadku stwierdził prof. KADYI dokładnem zbadaniem drobnowidzowem wyciętego kawałka i wykazaniem w nim charakterystycznych zwojów.

Już w pracy swojej poprzedniej: „Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych celem leczenia padaczki. Przegląd lekarski 1888. N-r 42 i 43“, tłumaczyłem sobie korzystny wpływ podwiązania tętnic kręgowych na padaczkę głównie z nieodłącznego obrażenia podczas tej operacji gałązek nerwu współczulnego i spłotu kręgowego tegoż nerwu, które przewodzą wszelkie bodźce mechaniczne obwodowe do ośrodków kuczowych w korze mózgowej.

Spodziewając się, że im więcej nerw współczulny obrazimy, tem więcej odetniemy dróg przewodnich do ośrodków kuczowych, w 2 ostatnich przypadkach wyciąłem kawałki tętnic kręgowych 2 ctm. długie, a w jednym z nich

dołączyłem jednostronne wycięcie nerwu współczulnego szyjowego na długości 7 ctm. wraz ze zwojami szyjowymi: dolnym i środkowym [porów. pracę moją wyżej wymienioną z r. 1893.]. Miałem z razu zamiar wyciąć obustronnie nerw współczulny, jednak na to się w pierwszym przypadku nie zdecydowałem, gdyż nie znane mi były następstwa obustronnego obrażenia tego nerwu. Do jednostronnego wycięcia natomiast zachęcił mnie jedynie znany z przystępnej mi literatury przypadek ISRAEL'a [JAMES ISRAEL: *Excision eines Cervicoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus. Berliner klinische Wochenschrift. 1888. Nr. 7, str. 120* i ERNST REMAK. *Traumatische Sympathicus-Hypoglossus- und Accessorius-Paralyse. Tamże str. 121*], w którym tenże bez szkodliwych następstw wyciął 6—7 ctm. długi kawałek nerwu współczulnego, wyluszczaając głębokie *cavernoma* na szyi.

Nadmienić muszę, że do operacji na osobie żyjącej zabrałem się po licznych próbach z resekcją pnia nerwu współczulnego na trupach, posługując się prawie taką samą metodą operacyjną, co JONNESCO.

Już na posiedzeniu z dnia 23 lutego 1889 zastrzegłem sobie pierwszeństwo podania myśli do resekcji nerwu współczulnego na dłuższej przestrzeni celem leczenia padaczki [Przegląd Lekarski 1839. Nr 18 str. 227]. Pomimo złego wyniku ostatecznego w swoim przypadku, mówię o pomysłe tym znowu wyraźnie, podając sumarycznie wyniki swoich zabiegów na tętnicach kręgowych i nerwie współczulnym przy padaczce w wyżej wymienionej pracy z r. 1893, str. 315 temi słowy: „Zamiast wycięcia zwoju górnego [ALEXANDER], możnaby w przypadkach tych spróbować zastosowanego po raz pierwszy przezemnie wycinania pnia nerwu współczulnego w znaczniejszej długości; należałoby jednak nerw ten resekować po obu stronach wraz z wszystkimi trzema zwojami [górnym, środkowym i dolnym].

Działanie lecznicze tego zabiegu tłómaczę sobie jedynie w ten sposób, że może w przypadkach tych rozchodzić się o padaczkę odruchową, a przez wycięcie nerwu współczulnego usunąć można drogę przewodnictwa od nieznanego bodźca zewnętrznego, wprawiającego korę mózgową w stały stan podrażnienia“.

Zatem niezgodne z prawdą jest twierdzenie JONNESCO'a, jakoby przed nim nikt nie wykonał resekcji nerwu współczulnego na dłuższej przestrzeni celem leczenia padaczki i jakoby wycięcie obustronne nerwu współczulnego szyjowego wraz z 3-ma zwojami przy padaczce było jego pomysłem [patrz odnośne jego prace w *Centralblatt für Chirurgie* Nr 2. *Archives provinciales de Chirurgie. Tome VI Nr. 2. 1897, str. 85—99* i monografię, rozdawaną przez JONNESCO podczas zjazdu w Moskwie p. t.: *Resection totale et bilaterale du sympathique cervicale dans le traitement du goître exophtalmique et de l'épilepsie str. 1, 2, 3 i 9*], bo i pod jednym i drugim względem wyprzedziłem go o 8, a względnie o 4 lata. Zabieg ten jest zatem mojego pomysłu, tylko nie miałem sposobności go zastosować na osobie żyjącej, pod tym tylko względem wyprzedził mnie JONNESCO i wprowadził mój pomysł w dzieło, uwieńczone do-

brymi wynikami. Co do zastosowania wycinania nerwu współczulnego przy chorobie BASEDOW'a pierszeństwo pomysłu przyznać należy JABOULAY'owi [neurotomia jednostronna i obustronna] i JONNESCO'owi [resekcyja częściowa i całkowita obustronna]. *Suum cuique.*

Lwów 15 listopada 1897.

III. 31 SPOSTRZEŻENÍ ZATRZYMANIA GŁÓWKI DZIECKA

LUB POJEDYŃCZYCH KOŚCI CZASZKI W MACICY

po dekapitacyi lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcyi płodu.

Podał

Franciszek Neugebauer,

ordynator oddziału chorób kobiecych szpitala Ewangelickiego w Warszawie.

— 3 — 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 48].

11) JAEGGY w roku 1827 opisał spostrzeżenie następujące [patrz referat z pracy: CAROLUS KAYSER „*Dissertatio de eventu sectionis caesareae*“. HAVNIAE 1841 w czasopiśmie: *Analakten für die Geburtshülfe herausgegeben von W. H. WITTLINGER. I Band. II Heft. 1849, pag. 532—656: „Ueber den Erfolg des Kaiserschnittes“.* pg. 562. Nr. 73]. JAEGGY dokonał cesarskiego cięcia u 33-letniej rachitycznej kobiety o znacznem zwężeniu miednicy dwa dni po odejściu wód i 12 godzin po wystąpieniu pierwszych bólów. U tejże kobiety JAEGGY przy poprzednim porodzie z wielkim trudem dokonał obrotu na nóżki i ekstrakcyi. Otóż i przy obecnym porodzie dokonał on obrotu na nóżki i usiłował dokonać ekstrakcyi, lecz, niestety, główki wydobyć nie mógł, ponieważ i perforacya się nie udała, dokonał dekapitacyi, a potem cesarskiego cięcia. Po przecięciu macicy musiał nałożyć kleszcze na główkę od strony wejścia miednicy, aby główkę z małej miednicy wydobyć do góry. Wyzdrowienie. JAEGGY opisał swoje spostrzeżenie w: *Verhandlungen der Vereinigten Aerztlichen Gesellschaften der Schweiz. 1829. Heft II.*

12) Kolega Korczyński zakomunikował mi piśmiennie jedno spostrzeżenie własne z roku 1891. Wieloródka, włościanka we wsi Trzydniku powiatu Janowskiego gubernii Lubelskiej, przy trzecim porodzie donoszonego dziecka rodziła dziecko w położeniu nóżkowem. Mąż jej pociągał za nóżki i tułów dziecka wydobył, lecz główki żadną miarą wyciągnąć nie mógł, szyjka dziecka się przerwała i główka w macicy pozostała. Kolega Korczyński był wezwany trzeciego dnia po owej katastrofie; wprowadził hak przez *foramen occipitale* do wewnątrz główki i w taki sposób, pociągając za hak, główkę bez trudu wydobył. Wyzdrowienie.

13) Profesor KOSIŃSKI [Patrz: NEUGEBAUER „*9-monatliche Retention eines abgerissenen in utero zurückgebliebenen Kopfes*“. II. Bericht über die neueste polnische gynäkologische Literatur. Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, 1896. Bd. III. Heft 2. p. 150. Nr. 29]. U pierwiastki *sub dystokia* dokonano

ekscerebracyi płodu przy porodzie; przy drugim porodzie—9 miesięcy temu po 6-dniowym trwaniu porodu wezwano lekarza, który dokonał obrotu i ekstrakcyi płodu za nóżki, przytem główka się urwała i w macicy do obecnej chwili pozostała. Przez cały czas gorączka, wychudzenie, upadek sił postępujący coraz dalej. Zgłębnik *per vaginam* do macicy wprowadzony wykazuje w macicy kości obnażone. Smrodliwy wypływ obfity. Główka dziecka czyli raczej kości czaszki leżały w jamie, która, jak się później przy operacji okazało, nie była jamą macicy sensu *strictiori*, albowiem części ściany macicy brakowało czy to wskutek powolnego zaniku uciskowego, czy wskutek pierwotnej ruptury, nie wiadomo. Czaszka po części była poza macicą otorbiona zapalnymi złogami oraz płynną ropą otoczona. Powyżej spojenia łonowego guz o nierównej powierzchni, twardy, przewyższający spojenie łonowe. Miednica zwężona. *Conjugata vera* 6 centymetrów długości. Wobec ciasności kanału szyi macicznej i groźących rozdarć, prof. Kosinowski bardzo trafnie zdecydował się usunąć ciało obce z macicy przez otworzenie jamy brzusznej. Przy cięciu brzuszmem okazało się, że jama, w której leżały kości czaszki, komunikowała, z kiszka cienką i z kiszka grubą, czyli odchodową. Profesor Kosinowski zresekował całą odpowiednią pętlicę kiszki cienkiej wraz z odpowiedniem *mesenterium* i wolne końce kiszki ze sobą również, jak i brzegi krezki, ze sobą spoił szwami, co zaś do przetoki kiszki odchodowej resekcya okazała się niewykonalną z powodu mnogich zrostów. Pozostały zatem dwie przetoki *S-romani* — przyprowadzający i odprowadzający koniec kiszki — podczas gdy przetokę kiszki cienkiej usunięto. Obnażone kości czaszki po części sterczały w świetle kiszek po przedziurawieniu ich ścian na drodze powolnej uzury uciskowej. Po usunięciu wszystkich kości i wyjęciu tamponami ropy, wypełniono całą jamę maciczno-pozamaciczną gazą jodoformową, górną część cięcia brzuszno zaszyto, a gazę w dolnym rogu rany na zewnątrz wyprowadzono. Aby ułatwić jako tako wypływ kału, rozszerzono poprzednio cokolwiek kanał cerwikalny. Dla kontroli podczas operacyi zrobiono *clyisma rectale*, które przez macicę i pochwę sphywało, nie dostając się do wolnej jamy brzusznej.

Przebieg pooperacyjny tej po mistrzowsku dokonanej operacyi był pomyslny, pomimo że z początku, ma się rozumieć, kał jeszcze przez macicę i pochwę się wydzielał. Dwa razy dziennie z tej to przyczyny płukano pochwę. Powoli przetoka kiszkowo-maciczna *sponte* się zamknęła, lecz wytworzyła się komunikacya pomiędzy kiszka i raną brzuszną, jak się okazało po usunięciu tamponu pierwotnego. Po 3 tygodniach jeszcze zgłębnik, wprowadzony przez ranę brzuszną, wdraża do kiszki, lecz wypływ kałowy przestał już, może wskutek wytworzenia się rodzaju wentylu przez fałdę błony śluzowej kiszki. Powoli i ta komunikacya z kiszka się zamknęła i chora zupełnie uzdrowiona opuściła klinikę.

Przy badaniu chorej przed operacyą znalazłem *involutionem colli uteri* i ujście macicy mało otwarte. Podczas operacyi ujawnił się defekt prawostronnej ściany macicy. Nie sposób było wyjaśnić, czy pierwotnie miała miejsce *ruptura uteri*, czy też defekt ten powstał wskutek *usuræ parietum uteri*. Można tylko *sensu strictiori* mówić co do tego przypadku o retencyi główki dziecka,

ponieważ w chwili operacyi nie zastaliśmy już nic więcej w owej jamie, niż obnażone kości czaszki, a zawartość czaszki, jak również i powłoki jej dawno już na drodze ropienia na zewnątrz zostały wydzielone. *Ossa parietalia* leżały tak, że jedno leżało we wklęsłości drugiego.

14) LARROUTURE opisał spostrzeżenie w *Journal de Médecins. Tome 58. pg. 297.* Patrz referat: WITTLINGER's *Analekten für Geburtshilfe, I Bd. II Heft. pg. 582. Nr. 55*, z roku 1785: u rachitycznej kobiety o znacznem bardzo zwężeniu miednicy akuszer, którego nazwiska nie podano, trzy dni po rozpoczęciu porodu dokonał obrotu i ekstrakcy płodu za nóżki, niestety, wszelkie usiłowania wydobycia główki okazały się daremnymi, dokonał więc dekapitacyi, a potem cesarskiego cięcia, przyczem skaleczył pęcherz moczowy! Główkę tylko z wielkim trudem z macicy wydobyto i chora zmarła 7-go dnia po operacyi.

15) ŁAZANSKY (*Wiener Medicinal-Halle, 1860. Nr. 3*, patrz: *Monatschr. für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, 1862. Bd. XVII. pg. 302*) opisuje samowolne wypędzenie z macicy czaszki, pozostawionej w macicy naumyślnie z powodu, że nie dała się usunąć. Akuszerka dokonała u kobiety po raz 5-ty rodzącej obrotu na nóżki i ekstrakcy płodu. Dziecko, przechodząc przez kanał miednicy, wykręciło się brzuszkiem ku przodowi, szczęka dolna zahaczyła się o górny brzeg spojenia łonowego i główka, wobec usiłowań ekstrakcy przez kilka bab od razu, nareszcie od tułowia się urwała, przy główce pozostało za ledwie pasmo skóry 2 mill. długie. Wezwano akuszera. Tenże daremnie nakładał kleszcze, nareszcie wezwano ŁAZANSKIEGO. Ł. znalazł dolną szczękę złamaną w środku, resztę główki bardzo wysoko stojącą i objętą ściśle macicą, tetanicznie skurczoną. *Promontorium* łatwo dostępne, usiłowania wykręcenia główki nie poprowadziły do wyniku pożądanego, tak samo bez korzyści dokonano perforacyi prawego *os temporale*, podczas gdy asystent przyciskał czaszkę ku dołowi przez ścianę brzuszną. Otwór, zrobiony przy tej perforacyi, okazał się za małym. Ponieważ kefalotrybu nie było pod ręką, nie było innej rady, jak pozostawić wypędzenie główki siłom samej natury. Po kilku już godzinach natura dokonała tego, czego sztuka lekarska dokonać nie potrafiła w danym razie i główka wyszła z macicy i pochwy bez narażenia matki na dalsze niebezpieczeństwo pokaleczenia.

16) LESI (*Raccoglitore medico, Forli. 10. I. 1891*) opisuje cesarskie cięcie, dokonane u 29-letniej po raz pierwszy rodzącej kobiety wskutek zatrzymania w macicy po dekapitacyi główki. Dokonano zatem *amputationis utero-ovaricae*. Matka wyzdrowiała.

17) LOISNEL („*Tête de foetus restée trois mois et demi dans l'uterus sans accidents infectieux*“). Pierwszy kongres francuzkiego Towarzystwa ginekologicznego. Patrz: *Semaine médicale, 1892. Vol. XII. p. 175*). Poprzeczne położenie płodu u kobiety po raz trzeci rodzącej, obrót na nóżkę, którą ściągnięto do pochwy i ucięto, następnego dnia lekarz ściągnął drugą nóżkę i również uciął, trzeciego dnia tenże lekarz wyciągnął tułów dziecka i przeciął szyję, nie mogąc wydobyć główki, kazał zatem ograniczyć się na płukaniach dezynfekcyjnych i wyczekiwaniu. Kobieta powróciła do zwykłych swoich zajęć i dopiero po upływie trzech miesięcy udała się do lekarza, który znalazł główkę zupełnie

rozpadła na kawałki i pojedyncze kości korcangiem powyciągał z macicy. Przytem skonstatowano istnienie przetoki maciczno-pęcherzowej, która w następstwie samowolnie się zamknęła. Pomimo wszystkiego nie było septycznego zakażenia przez całe trzy miesiące, dopiero po usunięciu resztek czaszki na 2 i 3 dzień gorączka, która jednak czwartego już dnia zginęła. Po zamknięciu się samowolnem przetoki pęcherzowej pokazała się przetoka kiszkowa i stolce zaczęły odchodzić *per vaginam*. Pomimo trzymiesięcznego zatrzymania czaszki dziecka nie było następstw dla życia chorej groźnych. Części miękkie czaszki, również zawartość, jak i pokrywy skórne wyropiały i pozostały jedynie kości czaszki w następstwie przez lekarza wydobyte.

D-r NOTTE, wezwany po 3½ miesiącach do chorej, skonstatował przetokę maciczno-pęcherzową oraz wydobyl z macicy obnażoną szczękę dolną dziecka, następnie sprowadził chorą do szpitala i po rozszerzeniu szyjki laminaryą wydobyl cały szkielet główki dziecka po zmiżdżeniu jej, wydobywając kości pojedynczo kleszczykami. Operacja tej ewakuacji była nader trudną z powodu nieściągalności macicy [patrz: *Rép. Univ. d' Obst. et de Gyn. 1891. p. 207-208*]. W dyskusyi HERRGOTT przytoczył, że w roku 1830 osobiście wydobyl z macicy pozostałe w niej od 7 miesięcy łożysko. Retencya ta nie wywołała żadnych objawów prócz krwotoków, od czasu do czasu występujących.

18) MEISSNER (*Forchungen des 19 Jahrhunderts etc Bd. 4. Leipzig. 1833. pg. 219*; patrz referat: WITTLINGER'S *Analekten. L. c. pg. 616. Nr. 169*) cytuje operację cesarskiego cięcia, niedawno temu w okolicy Lipska dokonaną wskutek zatrzymania się w macicy urwanej od tułowia główki dziecka. Spostrzeżenia tego, które wywołało dochodzenie sądowe, dotąd w druku nie ogłoszono.

19) FR. NEUGEBAUER. Z mojej praktyki sądowo-lekarskiej przytaczam spostrzeżenie następujące, podając w części treść protokołu sądowego. Dnia 22 grudnia 1893 stawałem w sądzie, jako ekspert, w sprawie felczera X., okarżonego podług paragrafu № 1466 Ustawy o karach.

Dnia 17 lutego 1893 r. dokonano ekshumacji zwłok oraz oględzin pośmiertnych trupa Magdaleny Y., przyczem jednak otworzono li tylko jamę brzuszną wobec zdania lekarza, dokonywającego sekcji, że to starczy dla niechybnego określenia przyczyny śmierci.

Protokół brzmi: Jama brzuszna: kiszki wzdęte gazami, otrzewna w dolnej połowie brzucha przekrwiona, zaczerwieniona. Po prawej stronie macicy znaleziono jakieś ciało obce, które okazało się łożyskiem, swobodnie w jamie brzusznej leżącym. Od łożyska wychodzi pępowina, która przez rozdarcie przedniej ściany pochwy wychodzi na zewnątrz do pochwy i sromu. Macica wielkości dwóch pięści normalnego kształtu, w jamie macicy nieznaczna ilość krwawo-zabarwionego śluzu, w górnej połowie macicy po prawej stronie widać obszerne miejsce czerwone, była osadę łożyska. Przednia ściana pochwy oraz dolnego odcinka macicy zupełnie rozerwane, tak, że przez otwór tak powstały swobodnie można rękę przeprowadzić. Brzegi rozdarcia nierówne. Pęcherz moczowy nie uszkodzony. Jajniki i trąbki maciczne bez osobliwości. Również pozostałe trzewa jamy brzusznej prawidłowe. Ponieważ znalezione

w jamie brzusznej dane wyjaśniają przyczynę śmierci, przeto z powodu gnicia zaniechano dalszego sekcijnego badania trupa.

Zdanie lekarza Z: „Dla wyjaśnienia przyczyny śmierci położnicy Y, muszę opisać przebieg porodu podług opowiadania obecnego, przy sekcji trupa, męża zmarłej Y. Gdy poród się rozpoczął, posłano po wiejską babkę, która, przeczekawszy daremnie 48 godzin u rodzącej, oświadczyła, że prawdopodobnie położenie dziecka musi być nieprawidłowe, jeśli poród do tej pory nie nastąpił i radziła wezwać kogo innego do pomocy, ponieważ sama nie nie poradzi. Babka podobno nic więcej nie robiła, jak tylko smarowała brzuch tłuszczem, mąż zaś miał nie dotykać się narządów porodowych. Mąż zamiast lekarza sprowadził felczera X., który przez 1½ godziny pracował nad wydobyciem dziecka. Po wprowadzeniu ręki do sromu i pochwy wydobyl nóżki i silnie za takowe pociągając wydobyl tułów dziecka, przyczem główka się urwała. Po tej nieudanej operacji wezwano lekarza M., który zastał chorą w stanie jakoby bardzo złym. Lekarz wyjął główkę bez narzędzi, lecz chora wkrótce potem zmarła“.

„Uwzględniając opowiadanie męża zmarłej oraz wynik sekcji zwłok, przychodzę do wniosku następującego: Poród rozpoczął się przy poprzecznem położeniu płodu. Położenie takie jest nieprawidłowem, tak, że rodząca urodzić może tylko przy pomocy lekarza lub też doświadczonej akuszerki. X., jako felczer, nie miał pojęcia o budowie narządów płciowych, fizyologicznej sile muskulatury macicy i pochwy, z siłą wprowadzał rękę do narządów porodowych dla odszukania nówek dziecka i wtenczas rozerwał pochwę i szyję macicy. Ponieważ przy takim uszkodzeniu macica oddzieliła się od pochwy, przeto bóle porodowe nie miały już żadnego wpływu na wypędzenie główki. Felczer zaś, nie znając kierunku kanału porodowego, ciągnął w kierunku niewłaściwym i główkę urwał. Przy następnych bólach wydzielilo się łożysko z macicy, wchodząc do jamy brzusznej, gdzie znaleziono je przy sekcji. Na podstawie wyżej powiedzianego wnioskuję, że śmierć nastąpiła wskutek utraty krwi i silnego wstrząśnienia mózgu, wywołanego rozległym uszkodzeniem narządów płciowych. Nareszcie, jako lekarz powiatowy, uważam za obowiązek przytoczyć, że felczer od dawien dawna cieszy się reputacją szarlatana, zajmuje się leczeniem chorych, przyrządzaniem i sprzedażą lekarstw, praktyką akuszerijną i li tylko dla braku faktycznych dowodów i danych dotychczas nie był pociągany do odpowiedzialności sądowej“.

Wyciąg protokołu sądowego posiedzenia R... Sądu Okręgowego z dnia 18 maja 1893 [st. st.].

Ekspert-lekarz (?) po przesłuchaniu w sądzie świadków wypowiedział wniosek następujący. Wprowadzenie ręki do pochwy i nieprawidłowe pociąganie za nóżkę dziecka wywołało rozerwanie się pochwy, które swoim porządkiem wywołało wstrząśnienie mózgu i takowe wobec ogólnego upadku sił chorej wywołało śmierć rodzącej. Krwotok został wewnętrznym z powodu zatkania pochwy przez rękę felczera i tułów dziecka. Rozerwanie narządów porodowych nie wywołuje krzyku rodzącej, ponieważ już silne bóle porodowe zagłuszają wrażliwość rodzącej na ból nowy. Lekarz, nie mogąc główki wy-

dobyc, dokonywa zmiążdżenia główki i swobodnie płód wydobywa. W przeciągu dwóch dni płód nie może się tak rozłożyć, tak zgnieć, aby bez wysiłku można główkę urwać od tułowia! Wykazane rozerwanie narządów porodowych nie mogło nastąpić od wprowadzenia przez lekarza nożyc do macicy, a dalej lekarz robił to już podczas konania chorej.

Sąd okręgowy (I) dnia 18 maja 1893 uznał felczera X. winnym w tem, że nieumiejętnem postępowaniem i nienależytą operacją spowodował śmierć rodzącej Magdaleny Y. i podług § 1466 Ustawy o karach postanowił ukarać felczera X. dwumiesięcznem więzieniem.

Sprawa apelacyjna w Warszawskiej Izbie Sądowej. „Dnia 22 grudnia 1893 roku. Izba po wysłuchaniu ekspertyzy D-ra NEUGEBAUERA zmieniła wyrok sądu okręgowego miasta I. i oskarżonego felczera X. uwolniła od odpowiedzialności“.

Zanim przytoczę treść ekspertyzy mojej wspominam o tem, że podług zeznania felczera X. dziecko szło nóżkami naprzód, dalej, że dwie baby ciągnęły za nóżki, aby płód wydobyć i że dopiero po daremnych z ich strony usiłowaniach posłano po felczera X.

Na zapytanie: czy śmierć s. p. Y. nastąpiła wskutek udzielonej jej przy porodzie przez felczera X. pomocy, mam [zaszczyt odpowiedzieć:

Oskarżenie felczera X. przez lekarza powiatowego Z. polega 1) na opowiadaniu przebiegu porodu przez męża nieboszczki; 2) na danych pośmiertnych oględzin trupa zmarłej. Podług ekspertyzy lekarza Z. śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia częściowego macicy i pochwy i wstrząśnienia mózgu. Zdanie lekarza Z., że śmierć nastąpiła wskutek rozdarcia macicy i pochwy, podzielam, lecz czy takie uszkodzenie kanału porodowego musi niechybnie wywołać śmierć rodzącej?

Bynajmniej, ponieważ:

1) znane są przypadki samowolnego wyleczenia się rodzącej po drażącym rozerwaniu macicy bez wszelkiego przez lekarza leczenia (*sanatio spontanea*),

2) znane są liczne obserwacye wyleczenia takich uszkodzeń na drodze opatrunków, starannie i systematycznie przeprowadzonych z drenowaniem rany lub też z zeszcyciem,

3) kazuistyka nowszych czasów zawiera bardzo wiele przypadków szczęśliwie uleczonego na drodze operacyjnej rozerwania drażącego macicy i pochwy przy pomocy cięcia brzuszego z zeszcyciem rany rozerwanej macicy lub też z całkowitem lub częściowem usunięciem uszkodzonego narządu, nareszcie przypadki uzdrowienia chorej na drodze wycięcia całej macicy przez pochwę. Nie wspominając o bogatej w tego rodzaju świetne wyniki pomocy chirurgicznej kazuistyki zagranicznej, przytaczam tylko przypadek petersburskiego profesora SŁAWIAŃSKIEGO, który 27 godzin po pęknięciu macicy i wdrążeniu płodu do jamy brzusznej ze szczęśliwem dla matki zejściem dokonał cięcia brzuszego: rozerwanie macicy nastąpiło aż na 27 godzin przed operacją. wskutek padnięcia ciężarnej pod koła tramwaju na ulicy. Takie same wyniki mają do zaznaczenia koledzy: TYRCHOWSKI [jun.], s. p. JAWDYŃ-

ski i kol. BIEGAŃSKI, którzy po rozerwaniu macicy przy porodzie dokonali cięcia brzuszego z wyratowaniem matki.

A więc rozdarcie macicy, czyli pęknięcie drążące nie koniecznie musi być śmiertelnem, lecz w każdym razie stanowi ono uszkodzenie ustroju nadzwyczaj poważne i niebezpieczne i w danym przypadku śmiertelne.

Przyznając, że w danym przypadku śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia macicy i krwotoku wewnętrznego, skonstatowanego przy sekcji trupa, stawiam pytanie: czy felczer X. przyczynił się do rozerwania macicy, czy on macicę rozerwał przez czynną interwencję swoją?

Rozerwanie, podług protokołu, dotyczyło przedniej ściany macicy i pochwy, mianowicie dolnego odcinka ciała macicy, szyi macicznej oraz górnej części pochwy oraz było podłużne (*ruptura utero-cervico-vaginalis perforans verticalis, longitudinalis, sagittalis*) bez uszkodzenia pęcherza moczowego. Przy osądzeniu, czy rozerwanie owo było samowolnem, *ruptura spontanea*, wskutek danych mechanicznych warunków porodu, czy też następstwem interwencji czynnej, akuszerijnej, wypada zwrócić uwagę na następujące warunki:

1) Wiek rodzącej, ogólny stan jej zdrowia, wycieńczenie, liczbę porodów poprzedzających, przebieg i sposób ukończenia obecnego porodu, wynik dla matki i dziecka.

2) Na budowę ciała rodzącej A: co do miednicy, wielkości, kształtu i wymiarów jej, starannie przy sekcji określonych [o miednicy w protokole sekcyjnym ani mowy niema],

B. co do normalnego lub patologicznego stanu części miękkich kanału porodowego, obecności uszkodzeń dawnych, śladów dawniejszego zagojonego rozdarcia, blizn, zboczeń położenia, zwężenia, rozcięcia, wiotkości ścian macicy, długości dolnego odcinka macicy, śladów obecności obrączki BANDL'a na macicy i t. d.

3) Na charakter rozdarcia macicy, długość, kształt brzegów i kierunek [sagitalny, frontalny, wertykalny] — czy istnieje tylko jedno rozerwanie, czy kilka ze sobą połączonych, pod jakim kątem, czy istnieją zmiany uciskowe, uzury ścian miękkich kanału porodowego i t. d.

4) Na przebieg obecnego porodu: długotrwałość jego, okres czasu, który upłynął od odejścia wód aż do katastrofy, na położenie płodu prawidłowe lub też nieprawidłowe, stosunek odnośny wielkości płodu do wymiarów miednicy kostnej, dalej, czy płód podczas operacji jeszcze żył lub nie i t. d.

5) Na koniec ważnemi byłyby oględziny trupa dziecka, co do istnienia i sposobu powstania uszkodzeń *sub partu*, złamań kończyn, kości, wylewów krwi w czaszce, jamie brzusznej i t. d.

Li tylko przy uwzględnieniu wszystkich powyżej wymienionych dezyderatów naukowego badania będziemy w stanie określić i to tylko przypuszczalnie przyczynę i sposób powstania rozdarcia maciczno-pochwowego w danym przypadku.

Otóż w danym przypadku ekspertyza lekarza Z. wspomina tylko o tem, że kobieta rodziła już dawniej, że jakoby felczer dokonał obrotu na nóżki i ekstrakcyi płodu, ciągnąc w niewłaściwym kierunku, czego przecież sam nie

widział, nie będąc obecnym przy porodzie; że znaleziono przy sekcji drażące częściowe rozerwanie macicy i pochwy; że w jamie brzusznej znaleziono skrzepę krwi i łożysko; co do innych zaś dezyderatów badania obiektywnego powyżej wymienionych ani słowem o nich nie wspomina ekspertyza.

Miednica nie wymierzona, nie określony typ jej, trupa dziecka wcale nie badano, a nawet nie oglądano, o stanie ścian macicy i pochwy mowy niema, charakter, forma i kierunek rozerwania nie określone ściśle, nareszcie ekspertyza wspomina o tem, że jest jakoby niemożliwym, aby płód wewnątrz macicy w przeciągu 48 godzin mógł przejść w stan gnicia--przypuszczenie wprost przeciwne danym nauki położnictwa.

Nawiasem dodaję jeszcze fakt, że lekarz Z., nie trzymając się obiektywnego stanowiska eksperta, dla poparcia swego *arbitrium*, przytacza rzeczy nie mające nic wspólnego z odpowiedzią na zadane mu przez sąd pytanie, czy felczer X. wywołał śmierć rodzącej lub nie. Mam na myśli oskarżenie felczera, że trudni się praktyką akuszerską, że przygotowuje lekarstwa, że jest szarlatanem znanym i że dawno lekarz sam czychał na dowody, aby felczera X pociągnąć do odpowiedzialności sądowej.

Opierając się na powyżej wyluszczonych szczegółach, uważam ekspertyzę lekarza Z. za nieodpowiadającą zadaniu nauki, a zatem oskarżenie felczera X. za nieuzasadnione wobec braku ścisłych dowodów, że rzeczywiście on przyczynił się do rozerwania macicy i pochwy nieumiejętnem postępowaniem.
[C. d. n].

IV. O NAJGŁÓWNIJSZYCH ZADANIACH TERAPII I JEJ SPRAWNOŚCI.

Napisal

Dr H. Nussbaum.

—*—*—

[Dokończenie. — Patrz Nr. 48].

Zwrócimy się teraz do wymienionych na początku trzech ważnych zadań terapii natury negatywnej, a mianowicie: 1) Nie przyczyniać się do skrócenia wątku życia. 2) Nie przynosić uszczerbku sprawności ustroju. 3) Nie przyczyniać cierpienia.

Zdawać by się mogło, że zaznaczanie negatywnych tych zadań, jest zupełnie zbytecznym wobec tego, że terapia z istoty swej już przeciw możliwym takim krzywdom występuje. Ależ dla tego właśnie, że przedmiotem troski terapii są tak pilne interesy człowieka, ale drogi jej trudne i śliskie, koniecznym jest nawoływanie do ostrożności i zawieszanie wiech ostrzegających tam, gdzie z powodu sprzyjających warunków i nagromadzonych zasadzek nieopatrzne pragnienie dźwignienia może spowodować mimowolne zepchnięcie w przepaść.

Przyczynić się łatwo może terapia do skrócenia wątku życia, gdy nie dość ściśle zważy, jakie są szanse trwałości ustroju chorego, gdy tenże pozostawio-

ny będzie własnym siłom obronnym lub wpływom higienoterapii, albo też gdy będzie poddany czynnemu wystąpieniu metody usuwania choroby. Na ostrzeżenie powyższe baczyć zwłaszcza należy przy wskazaniach do operacji w wielu bardzo razach, jak np. gdy mamy do czynienia z nowotworem bardzo złośliwym, lub umiejscowionym w bardzo ważnym narządzie, gdy mamy do czynienia z nowotworem lub jakimkolwiek ogniskiem chorobowym w jamie czaszki, nie dającym się klinicznie dość stanowczo umiejscowić. Wogóle, zbyt duża pochopność do wykonywania ciężkich operacji jest niewątpliwie karygodną. Trzeba pamiętać, że w przeciwwskazaniach do każdej wielkiej operacji uwzględniać wypada następujące uwagi: a) poddanie chorego dłuższemu wpływowi narkozy głębokiej już jest, bądź co bądź, w pewnym stopniu ryzykownem; b) pomimo najściślejszego przestrzegania warunków aseptyki, zakażenie zupełnie nie jest wyłączone; c) niezależnie od zakażenia pola operacyjnego po każdej większej operacji grozić mogą zgubne skutki wstrząsu; d) niespodziewane powikłania; e) możliwość wreszcie pomyłki w rozpoznaniu. Zastrzeżenia te nic a nic nie zmniejszają doniosłych zasług terapii chirurgicznej, ale słuszną, gdzie należy, powodować winny wstrzeźliwość. Bodźce, wiodące lekarzy do zbytnej przedsiębiorczości chirurgicznej, bywają: 1) interes naukowy, 2) zamiłowanie artystyczne do akcyi chirurgicznej, 3) smutne a jednak prawdziwe — chciwość; na dnie zaś wszystkich tych przyczyn — jedna: brak głębokiego poczucia wysoce humanitarnego znaczenia terapii.

Zdarza się, niestety, że w zamian przedłużenia życia operator nie życia przecina. Daje się to usprawiedliwić w przypadkach, w których groźba śmierci bez operacji zbyt była bliską i niewątpliwą. Jesteśmy wielkimi wielbicielemi potężnej sprawności i pożyteczności współczesnej chirurgii, ale nie mniej sądzimy się być upoważnionymi do wypowiedzenia poniższych kilku uwag.

Operator musi niezapominać o tem, że przez ciągłe maczanie noża we krwi ludzkiej w celach najbardziej ludzkich z natury rzeczy traci poczucie tego wrażenia, jakie wywiera na chorym zawyrokovanie operacji, jej oczekiwanie i poddanie się jej, jakim doniosłym zdarzeniem w rodzinie jest konieczność dokonania nawet lekkiej operacji na osobie kochanej. W czasie wojny najhumanitarniejszy wódz patrzy obojętnie na cierpienia, okaleczenia, śmierć tysięcy, ale w życiu normalnem wszystkie sprężyny państwa niemal poruszają się, gdy chodzi o życie jednostki. Operator z natury rzeczy patrzy na operację raczej z punktu widzenia wodza w czasie wojny, otraskanego hukiem dział, jękiem rannych, zbryzganego rzeką krwi — na tę samą operację patrzy chory z punktu widzenia potężnego poczucia samozachowania i bezsprzecznego prawa bronięcia się od cierpienia i bólu. Ponieważ takie psychiczne usposobienie narzuca się operatorowi siłą okoliczności, tembardziej winien on z całą samowiedzą zwalczać w sobie chłód i obojętność, a krześć ciepło i współczucie. Nie mało także bródzi w sprawie nadmiernej przedsiębiorczości chirurgicznej jednostronność odnośnej publicystyki lekarskiej: kazuistyka przypadków operowanych pomyślnie ogłaszana bywa *ubi* i *orbi*; kazuistyka niepomyślna najczęściej milczeniem pokrywana bywa na zawsze.

Przyczyniamy się do skrócenia wątku życia i zarazem przyczyniamy cho-

remu cierpienie oraz obniżamy sprawność jego niechybnie tam, gdzie wobec i tak poważnej i groźnej choroby wypowiadamy choremu wręcz bez skrupu całą groźbę sytuacji lub nie usiłujemy obalać niepokojących obaw o bliską przyszłość, zrodzonych w wyobraźni zaniepokojonego chorego. Nic bardziej nie przyspiesza biegu choroby przewlekłej, jak zwątpienie o możliwej poprawie lub przeświadczenie o grożącej rychło katastrofie. Ruch serca w takich razach słabnie, przeróbka materji się zwalnia, łaknienie ginie, sen z powiek ucieka, niepokój o siebie, troska o swoich wyczerpuje układ nerwowy i tak szybko przyspiesza się zupełny upadek i śmierć. Bardziej nie może lekarz przeczyć swemu powołaniu, swojemu zadaniu, zasadom swej nauki, jak kiedy wypowiada wręcz choremu: chorujesz na gruźlicę lub wład rdzenia pancerzowego, masz początki bezwładu postępowego, wadę lub stłuszczenie serca, zapalenie nerek albo zanik nerwów wzrokowych i t. p., a jednakże nazbyt często lekarze błędy takie fatalne popełniają. Wszakże nie ulega wątpliwości, że większą szkodę lekarz choremu takiemu przyczynia tą swoją bezlitosną szczerością, aniżeli pożytek mu przynieść może lekarską swoją opieką. Lepiej byłoby naprawdę, aby lekarze nie istnieli, aniżeliby mieli przedwcześnie wszczepiać jad niepokoju i rozpacz w dusze pacjentów. Nie idzie wcale za tem, by racją było bezwzględne ludzenie i okłamywanie pacjenta w duchu optymizmu nieograniczonego. We właściwych przypadkach należy ostrzegać chorego o doniosłości choroby, ale nigdy nie pomijać zapewnienia, że przy spełnianiu przepisów terapii uleczalność jest pewną lub możliwą. Powaga medycyny ani opinia lekarza nie ucierpi, gdy przyrzekana poprawa lub zaprzeczane niebezpieczeństwo — okażą się w dalszej lub bliższej przyszłości przepowiednią błędną, boć można zawsze osobę trzecią w istotę rzeczy wtajemniczyć, a zresztą lepiej, aby w danym razie lekarz nieomylnie swoją skompromitował, aniżeli przeczyłby miał powołaniu swojemu, skracając życie lub przyczyniając cierpienie.

Są znowu przypadki, w których nawet lekarz ma obowiązek budzić obawę u chorych, dla wywołania zwiększonej staranności w spełnianiu przepisów terapii i wogóle większej dbałości o zdrowie. Odnosi się to szczególnie do chorych, którym właściwy jest pewien przesadny optymizm, jak u niektórych suchotników, lub którzy odznaczają się lekkomyślnością niebaczna, jak młodzieńcy dotknięci syfilisem, lub wogóle ludzie oddający się szkodliwym namiętnościom, jak pijaństwu lub lubieżności. W kwestyi onanizmu trzeba być wszakże bardzo oględnym. Dla młodych ludzi, którzy zajmowali się onanizmem lub cierpią na polucye częste, bardziej podkopującemi sprawność ich fizjologiczną są opowiadania o niewątpliwie czekającym ich zniedołężnieniu moralnem i fizycznym, o niepowrotnej utracie z każdą kroplą nasienia cząstki swojego „ja“, aniżeli sam onanizm lub polucye. W tych przypadkach trzeba wielkiej umiejętności i taktu w splataniu groźnych ostrzeżeń z zapewnieniem, iż możliwym jest zupełne dźwignięcie się.

Jeżeli grzeszy lekarz zbyt surowem rokowaniem w ciężkich i poważnych chorobach, to grzeszyć też może zbyt intensywnem leczeniem i braniem zbyt na seryo tysiącznych skarg początkujących hypochondryków i hysteryczek.

Zbyt często porusza lekarz cały arsenał swej broni w początkowych dolegliwościach wyżej wymienionych chorych zamiast przekonać chorego, że wcale leczyć się nie powinien, a objawy chorobowe bagatelizować. Znam stanowczo skończonych hypochondryków i hysteryków, którzy zawdzięczają w znacznej części rozwój swej choroby nadmiernie pilnej, a nieuzasadnionej pieczołowitości, pedanteryi lekarzy.

Lekarz terapeuta winien brać pod uwagę nie tylko wskazania, wpływające z patologii, fizyologii, farmakologii i t. p. podstaw sztuki lekarskiej, ważnym jest i humanitarnym obowiązkiem lekarza ocenić, czy dany środek lub dana metoda lecznicza jest w granicach możliwości chorego; inaczej zamiast pożytku przyczynić może zdrowiu chorego niepowetowaną szkodę. Powiedzieć choremu, że musi jechać na kurację, kiedy ten, czy z powodów materialnych, czy zależności zawodowej wyjechać nie może, jest to przyczynić choremu istotną krzywdę, jest to w ścisłym znaczeniu wyrazu pogorszyć stan jego choroby. Pod tym względem lekarz stanowczo ciężko grzeszy. Nie spełnił zadania swojego lekarz, gdy zalecił choremu bardzo nakowo: pijać drogie wina i jadać kawior i bifsztyki, gdy zobowiązał do wyjazdu na kilka tygodni na wieś lub do spędzenia zimy na południu; nie spełnił zadania swojego naukowego, gdy chory niema za co pijać wina i zjadać kawior i bifsztyki, lub nie może uzyskać urlopu kilkutygodniowego, lub nie stać go na podróż na południe. W tym razie lekarz postąpił wbrew zasadom swoim naukowym, bo nie jest zadaniem nauki uzdolnić człowieka do wypowiedania pewnych zdań, mających pewną logiczną podstawę, jak np. zdania: „dobrze byłoby choremu piersiowemu przepędzić zimę we Włoszech“, ale uzdolnić go do poprawiania doli ludzkiej, do czynienia ludzi mniej nieszczęśliwymi. Wyobraźmy sobie laika, który kilkakrotnie krwią pluł, kaszle często i już ma przed sobą widmo smutnej śmierci, a ma kochającą i kochaną rodzinę, dla której jako tako pomocnym jest jeszcze; idzie on do lekarza pełen nadziei, pełen otuchy, że ten ze skarbnicy wiedzy lekarskiej wywlecze dlań nowy talizman, który, jeśli go nie uleczy, to przynajmniej na szereg lat, aż dzieci nieco podrosną, powstrzyma bieg choroby. Tu słyszy złowieszcze słowa: masz pan zdecydowane suchoty, jedynym dla pana ratunkiem jest wyjazd bezwzględny na południe, innej rady dla pana nie mam. Biedny chory honoruje lekarza za jego wiedzę i mądrą radę, ale czuje razem, że traci grunt pod stopami. O wyjeździe literalnie mowy być nie może, więc trzeba umierać, więc trzeba już wkrótce najukochańszych swych opuścić i na wolę losów zostawić. Serce tedy zaczyna bić częściej i mocniej pod wpływem niepokoju i wewnętrznej rozpacz, kaszel się wzmacnia, przychodzą nowe krwotoki, łaknienie ginie, odporność ustroju się zmniejsza, laseczniki biorą górę, gorączka się wzmacnia i chory istotnie tejże zimy jeszcze z życiem się żegna, ale nie dla tego, że na południe nie wyjechał, tylko dla tego, że uwierzył lekarzowi, iż jedyną dlań deskę zbawienia nieubłagana konieczność łamie.

Niezmiernie delikatnem jest położenie lekarza, gdy zawód chorego jest w istotnej sprzeczności ze sprawą jego zdrowia, a z drugiej strony porzucenie zawodu w sprzeczności z możliwością materialnego bytu; łatwo wtedy lekarz,

zamiast przedłużyć, skrócić może życie, zamiast ulgę choremu przynieść, narażać na wielkie cierpienia. Powiedzieć lekarzowi łatwo: jesteś p. chemikiem, zostań p. leśnikiem pod grozą śmierci. Ale chory i to jeszcze obarczony rodziną z chwilą porzucenia posady chemika skazany jest na śmierć głodową. Wątpliwość otrzymania posady zgodnej z zasadą higienoterapii, obawa, niepokój, niedostatek czasowy, jakże zaważą na stanie zdrowia chorego!? Wszystko to pilnie należy rozważyć lekarzowi, zanim objawi choremu, że praca jego jest gościńcem skróconym do śmierci; często wypadnie zamilczeć o tem zupełnie.

Bywają choroby, wobec których z punktu widzenia terapii podręcznikowej nie niema do zrobienia. Wyżej mówiliśmy już, że tak nie jest, że zawsze higienoterapia ma coś do powiedzenia, ale nawet gdyby coś do zrobienia nie było, nie wolno choremu powiedzieć: „*lasciate ogni speranza*“, bo tym sposobem czynnie skracamy życie i powiększamy cierpienia; należy wtedy zalecać środki obojętne lub odpoczynek od leczenia na czas pewien w znaczeniu właściwie leczniczym lub dawać ogólne wskazówki higieny z zapewnieniem, że to czas lub natura leczy że trzeba jej tylko pomagać przepiszywaniem wskazówkami życia.

Do zadania nie przyczyniania bólu i cierpienia należy baczenie pilne, aby wszelkie rękoczynny chirurgiczne wykonywane były w stanie ogólnej narkozy lub miejscowego dokładnego znieczulenia. Należy też stanowczo unikać w wielu razach wypowiedziania choremu formy i rodzaju operacji, lub jego niebezpieczeństwa, od tego jest otoczenie chorego, wobec którego szczerłość jest konieczną, czynić to tylko się godzi w wyjątkowych przypadkach, gdy się ma przed sobą pacjenta silnego ducha, wielkiej odpowiedzialności i t. p..

* * *

Kończąc niniejszą pracę, chcemy w kilku słowach się streścić. Zadanie terapii nie polega li na leczeniu chorób, t. j. na ich usuwaniu, ale na zwalczaniu tych wszystkich szkód jakie ustrojowi przynosi forma życia nieprawidłowa, którą zwiemy chorobą. Jeśli tę formę nieprawidłową można od razu zmienić, tem lepiej, jeśli uczynić tego terapia środkami swoimi nie jest w możności, zwalcza szkody, z nieprawidłowej tej formy życia dla ustroju wypływające.

W tem znaczeniu sprawność terapii jest bardzo wielką, potrafi ona i śmierć odwrócić i cierpienie usunąć i życie przedłużyć i sprawność podnosić. Na jedną okoliczność trzeba zwracać uwagę, o której na innem miejscu już wzmiankowałem, a mianowicie, że terapia zajmuje wyjątkowe pośród nauk stosowanych stanowisko. Na wszystkich innych polach pracy twórczej geniuszu ludzkiego ludzkość jest wdzięczną za każde odkrycie, za każdy wynalazek, bo ani o możliwości danego ulepszenia najczęściej nie marzyła, ani uczuwała jego potrzeby. W dziedzinie zdrowia natomiast żądania zawsze wyprzedzały i wyprzedzać będą sprawność sztuki leczniczej. Zdrowia i życia domagają się ludzie i w każdej najcięższej formie chorobowej i w każdej najpóźniejszej dobie życia. Z góry można przewidzieć, że sprawność terapii nie sprosta nigdy żądaniom cierpiącej ludzkości i że przeto zawsze będzie przed-

miotem nienukontentowania i żalu wielu; nie mniej sprawność jej już dziś jest nie małą i tuszyć się godzi, że wzrastać będzie coraz bardziej na pożytek ludzkości, na chwałę niezłomnej pracy świata lekarskiego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 — 3 —

159. E. Grawitz. Przyczynek do fizjologii i patologii płucnej.

Do podjęcia poniższych badań skłonił autora przypadek, spostrzegany przezeń w klinice prof. GERHARDT'a. Kobieta 53-letnia połknęła kawałek kości, który jakoby zatrzymał się w górnej części przełyku. Natychmiastowe badanie zglębnikiem dało wyniki ujemne. Przy badaniu chorej w klinice również nie udało się stwierdzić obecności owego ciała obcego; rozpoznano natomiast prawostronne zapalenie płucnej z nieznacznym wysiękiem. Wkrótce jednak stan chorej znacznie się pogorszył: przy podniesionej cieplocie, ogólnych ciężkich objawach i kaszlu chora zaczęła wykrztuszać mocno cuchnącą plwocinę, w której wykryto produkty zgorzeli płuc. Zrodziło się przeto przypuszczenie, że zgorzel płuc powstała wskutek sondowania, przyczem ów kawałek kości, przedziurawiwszy ściany przełyku, przedostał się do płuca. Po kilku dniach do objawów zgorzeli płuc przyłączyły się nagle silne bóle w prawym boku i duszność; przy badaniu zaś stwierdzono bardzo duży wysięk w prawym worku płucnym. Przekłucie próbne wykryło obecność płynu mętnego, szarawo-żółtego, w którym, oprócz licznych ciałek ropnych, znaleziono kawałek tkanki wielkości główki szpilki, kropelki tłuszczowe i kawałek zupełnie niezmięnionej tkanki mięsnej, poprzeczno-prążkowanej. Pod drobnowidzem pierwszy kawałek przedstawiał się jako tkanka łączna z licznymi włóknami sprężystymi, a w niej mnóstwo spiczastych, czarnych cząsteczek. Wyniki badania płynu zdawały się przemawiać za tem, że wskutek zgorzeli płuca nastąpiło przedziurawienie płucnej i wylanie mas zgorzelowych do jamy płucnej, lecz brak jakichkolwiek bakterji w płynie i następczej odmy piersiowej wykluczał podobną możliwość. Znalezione w płynie kawałki tkanek można więc uważać jako wytwór sztuczny, otrzymany przy przekłuciu próbnem: po przebicciu *pleurae costalis* i mięśnia międzyżebrowego odpowiednie kawałki ich zostały przy wyciąganiu tłoka aspirowane wraz z płynem do strzykawki. Co się tyczy dalszych losów chorej, to wysięk powoli wessał się, sprawa zgorzeli płuc nie postępowała i chora po pewnym czasie opuściła klinikę, jako wyleczona.

Najbardziej godnem uwagi w tym przypadku jest niezwykła pigmentacja płucnej ściennej. Z prac KNAUF'a, INS'a, ARNOLD'a, FLEINER'a wiemy, że przy t. zw. pylicach płuc drogami, odprowadzającymi barwnik do płucnej, są przeważnie zrosty płucnowe; w okolicy takich zrostów na płucnej zabarwienie jest najmocniej wyrażone. U ludzi podeszłych, którzy oddechali zanieczyszczonym powietrzem, często nawet przy braku zrostów znajdujemy na płucnej liczne smugi czarne, ciągnące się równolegle do dolnych brzegów żeber i odpowiadające drogom chłonnym. Badania autora wykazały, że nawet u osobników młodych, których płuca nie przedstawiały zwykłego obrazu węgli (anthracosis), można było przy badaniu drobnowidzowem stwierdzić dość znaczne zabarwienie płucnej ściennej. Barwnik ten, jak to stwierdziły odczynniki chemiczne, składa się z pyłu węglowego, cząsteczki żelaza lub krwi wynaczynionej.

Przy braku zrostów płucnowych może ów barwnik przedostać się do płucnej w sposób dwojaki: 1-o, wdechane cząsteczki pyłu mogą z wnętrza płuc i gruczo-

łów oskrzelowych przenikać do oplucnej ściennej dzięki wstecznemu prądowi limfy; istnieniem prądu wstecznego limfy objaśnia RECKLINGHAUSEN powstawanie przerzutowych nowotworów oplucnej; 2-do, pył aspirowany może być za pomocą nacyń chłonnych płuc odprowadzony do wewnętrznego listka oplucnej, tu wydziela się, a następnie przez listek zewnętrzny bywa wessany. Na mocy odpowiednich doświadczeń, dokonanych na królikach, sprowadzonych ze wsi [u zwierząt, wyhodowanych w miastach, oplucna jest stale zabarwiona], autor przychodzi do wniosku, że pigmentacja oplucnej ściennej odbywa się w ten ostatni sposób. Ma to, zdaniem autora, niezmiernie ważne znaczenie dla patogenetyki niektórych postaci zapaleń oplucnej. Już ARNOLD w ten sposób objaśniał fakt istnienia gruźlicy prosówkowatej oplucnej przy braku jakichkolwiek zmian gruźliczych w płucach.

Badania zaś TRAUBE'go, ZENKER'a i wielu innych autorów wykazały, że nawet zupełnie jałowy pył, skutek mechanicznego li tylko podrażnienia, może wywołać zapalenie tkanki płucnej. Niewątpliwie tak samo oddziaływać będzie i oplucna na takie podrażnienie, o ile pył przeniknie do worka oplucnowego; będziemy zatem mieli mniej lub więcej rozległe zapalenie oplucnej z wysiękiem, lub bez wysięku. Wniosek ten nabiera jeszcze większego prawdopodobieństwa przy rozpatrywaniu etyologii zapaleń oplucnej. Czyż nie jest przesadnym powszechnie przyjęty pogląd, że wszystkie t. zw. samostne zapalenia oplucnej są wynikiem zakażenia gruźliczego? Prawie każdy lekarz zna takie przypadki zapaleń oplucnej, w których zarówno wywiady, jak i ogólny stan chorych nie dają najmniejszego punktu oparcia dla rozpoznania gruźlicy; chorzy tacy przez lata całe cieszą się najzupełniejszym zdrowiem. Badania bakteriologiczne również nie potwierdzają zasadności powyższego poglądu, ASCHOFF bowiem w $\frac{1}{4}$, a EICHHORST w $\frac{1}{2}$ części spostrzeganych przypadków zapaleń oplucnej nie mogli wykryć żadnych pasożytów; twierdzenie zaś JAKOWSKIEGO, że wszelkie zapalenia oplucnej są zakaźnego pochodzenia, nie jest jeszcze dowiedzionem.

Dlatego też zdaniem autora nie jest pozbawionem słuszności przypuszczenie, że takie zapalenia oplucnej, których etyologia jest niejasną, mogą powstać pod wpływem wdychania drażniącego pyłu.

(Berl. klin. Woch. Nr. 29. 1897 r.).

Z. Rom.

160. Williamson. O zniesieniu zdolności rozpoznawania czuciem natury przedmiotów.

Zazwyczaj w przypadkach znieczulenia (*anasthesia*) rąk chorzy przy zamkniętych oczach nie są w stanie rozpoznać natury przedmiotu, włożonego im do ręki. Rzadkimi bardzo są przypadki, w których przy braku zupełnym zaburzeń czuciowych na rękach, lub gdy są one bardzo nieznaczne, chorzy również nie są w stanie poznawać przedmiotów, włożonych im do ręki.

Autor przytacza 2 następujące przykłady takiego cierpienia: 1) chora, 26 lat, przechodziła syfilis, cierpi na bóle głowy, szczególnie nocne, osłabienie wzroku i napady drgawek z utratą przytomności, rozpoczynające się zawsze parestezjami w palcu wielkim lewej ręki. Przy badaniu wykryto: nieznaczne osłabienie lewych kończyn i dolnych gałązek lewego nerwu twarzowego, zapalenie obu nerwów wzrokowych i bolesność przy opukiwaniu na prawej kości ciemieniowej. Sfera czuciowa na dotyk, ból, temperaturę, ucisk, zmysł mięśniowy i stawowy nie wykazała prawie żadnych zбоceń, jedynie chora nie czuła dotknięcia włosem na dłoni obu rąk. Prócz tego chora nie może zupełnie określić natury włożonego jej w lewą rękę przedmiotu, czując natychmiast, że ma coś w ręku. Prawą ręką rozpoznaje doskonale przedmioty [rozumie się, przy zamkniętych oczach]. Dawano chorej do rozpoznania następujące przedmioty: mniejsze i większe monety, klucz, sezyoryk, ołówek, pió-

ro, zegarek, łańcuszek, małą książeczkę i t. p. Po przebyciu swoistego leczenia, wszystkie objawy chorobowe znikły, pozostała tylko niemożność rozpoznawania przedmiotów lewą ręką i pozostał częściowy zanik nerwów wzrokowych.

2) Chory 37-letni z wadą serca nagle dostał porażenia połowicznego, prawostronnego z utratą przytomności; porażenie owo stopniowo się zmniejszało, nareszcie pozostało z niego tylko nieznaczne osłabienie siły prawej ręki. Uczuciowych zaburzeń nie było żadnych. I w tym przypadku chory przy zamkniętych oczach nie był w stanie określić, jaki przedmiot włożono mu w prawą rękę, czując doskonale, że trzyma coś w ręce.

Autor przeprowadza analogię między spostrzeganym przez siebie objawem a ślepotą słowną i głuchotą słowną. Przy pierwszej chorey widzi słowa pisane i drukowane, przy drugiej słyszy słowa, wymawiane przy nim, lecz nie rozumie tego, co widzi, *resp.* słyszy. Otóż w powyższych przypadkach chorey, czując dobrze trzymany przedmiot, nie są w stanie, zapewne wskutek zmian w korze mózgu, określić natury jego,

(*The Brit. Med. Journ.* Sept. 25. 1897).

K. Strózewski.

161. Hermes. Przyczynek do nauki o przepuklinach pęcherza moczowego.

Pęcherz moczowy sam lub łącznie z innymi narządami jamy brzusznej, jako zawartość przepukliny, należy do rzadkich zjawisk. Auc zebrał kazuistyczne przypadki do 1894 r., autor zaś dołącza cztery spostrzeżenia z Moabit w Berlinie. Ze statystyki wynika, że przepukliny pęcherza najczęściej spotyka się w wieku dojrzałym; istnieje tylko jedno spostrzeżenie, w którym omawiane cierpienie powstało u 5-letniego dziecka po dokonanej uprzednio doszczętej operacji. Co do rodzajów przepukliny, to pachwinowych było 47 [u mężczyzn 42, u kobiet 5], biodrowych 11 [u mężczyzn 1, u kobiet 10]. Obecność pęcherza w przepuklinie rozpoznano 3 razy przed operacją, 13 razy podczas operacji. Uszkodzono pęcherz podczas zabiegu i rozpoznano to uszkodzenie 25 razy, nie zauważono uszkodzenia 15 razy. W przypadkach nierozpoznania pęcherza przyjmowano go za zgrubiały worek przepuklinowy, tłuszczak, torbiel, drugą przepuklinę, sieć. Uszkodzenia pęcherza podczas operacji powstawały wskutek uchycenia w podwiązkę worka, przecięcia nożyczkami, przedarcia palcem przy oddzielaniu na tępo. Uszkodzenia powyższe leczono: nakładając szew natychmiast lub po upływie dwóch do 48 godzin, zeszywając ranę pęcherza z raną skórną, zostawiając przetokę moczową, która następnie sama się goiła. Zejść śmiertelnych po uszkodzeniu pęcherza zanotowano 11.

Objawy, wskazujące udział pęcherza w przepuklinie, są rozmaite: trudne oddawanie moczu, bóle, wydzielanie się moczu kroplami, przybieranie pewnej pozycji przez chorego podczas oddawania moczu, zatrzymanie moczu, oddawanie moczu w dwóch momentach [osobno z odcinka pęcherza, zawartego w przepuklinie]. Często objętość przepukliny zwiększa się w miarę napełniania się pęcherza. Częściej we wrotach przepukliny można wymacać ciało okrągłe, miękkie, chleboczące, które po odprowadzeniu zawartości worka przepuklinowego pozostaje na swoim miejscu: wprowadzając do pęcherza cewnik, lub napełniając pęcherz płynem, łatwo można wykazać łączność znalezionej guza z pęcherzem. W większości jednak spostrzeganych przypadków nie spotykamy się z żadnym charakterystycznym objawem, tak, że LEJARS nazywa niespodzianką znalezienie pęcherza w przepuklinie. Opierając się na opisach rozmaitych autorów, można wyprowadzić następującą wskazówkę praktyczną co do rozpoznania pęcherza podczas doszczętej operacji przepukliny: przy separowaniu worka przepuklinowego na jego wewnątrzno-dolnej powierzchni znajdujemy nawarstwienie tłuszczowe, koloru cytrynowo-żółtego lub szarawe-

go, mocno zrośnięte z workiem; oddzielając ostrożnie warstwami wspomnianą tkankę tłuszczową, obnażamy muskulaturę pęcherza; nakoniec wprowadzenie cewnika i wyczuwanie jego dzioba potwierdzają rozpoznanie. Na obecność tłuszczu przedpęcherzowego, występującego często pod postacią tłuszczaka, zwrócono oddawna uwagę i zaczęto przypisywać mu znaczenie w mechanizmie powstawania samych przepuklin pęcherza. Już pierwsze spostrzeżenia wskazywały na obecność tłuszczaków przedpęcherzowych, dochodzących do wielkości pięści, które zaczęto uważać za swoistą przyczynę powstawania przepuklin pęcherza, jak *lipoma subserosum* dla powstawania przepuklin kiszkowych. GUETERBOCK dowiódł, że tłuszcz przedpęcherzowy przenika w warstwę mięśniową pęcherza i przytwierdza go mocno do przedniej ściany brzucha w pobliżu wewnętrznego otworu kanału przepuklinowego. Wogóle statystyka wykazuje, że *lipocela* jest bardzo ceunym objawem przy rozpoznawaniu przepuklin pęcherza.

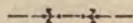
Rozróżniają trzy rodzaje przepuklin pęcherza, zależnie od części tego ostatniego, która bierze udział w przepuklinie: wewnątrz-otrzewnową, zewnątrz-otrzewnową i mieszaną. Pierwszą postać spostrzegamy rzadko, drugą zaś i trzecią, jako recydywę po doszczętnej operacji przepukliny. Mechanizm powstawania dwóch ostatnich form tłumaczy się w następujący sposób: przy znacznym wyciągnięciu worka w celu możliwie wysokiego podwiązania leżąca w pobliżu otrzewna pęcherza może być wciągnięta w kanał przepukliny, co w następstwie przy nawrocie cierpienia może wytworzyć przepuklinę pęcherza. Zrosty pęcherza z sąsiednimi narządami, przyjmującymi potem udział w wytworzeniu przepukliny, wciągają w tę ostatnią pęcherz. Z powodu przytwierdzenia przez zrosty raz nawet spostrzegano pęcherz na zewnętrznym brzegu kanału przepuklinowego [ZELLER].

W celu leczniczym autor radzi wyłącznie przedsiębrać zabieg operacyjny; wszelkiego rodzaju paski uciskające, które przy zwykłych przepuklinach u młodych osobników mają znaczenie lecznicze, tutaj są wprost szkodliwymi, ponieważ przepuklina pęcherza nie daje się w zupełności odprowadzić z powodu zrostów, ucisk więc paska może wywołać stan zapalny części pęcherza, mieszczącej się w przepuklinach. Rzeczywiście chorzy, dotknięci powyższem cierpieniem, nie znoszą długo paska i sami domagają się doszczętnej operacji. Co do samego zabiegu chirurgicznego, to można wyosobnić dwa rodzaje: postępowanie przy nieuszkodzonym i uszkodzonym pęcherzu. a) Jeżeli podczas wykonywania doszczętnej operacji przepukliny rozpoznamy w niej obecność pęcherza, to należy go uruchomić i odprowadzić za spojenie łonowe. Najodpowiedniej oddzielać pęcherz na tępo, częściej jednak mocne zrosty zmuszają do użycia noża lub nożyczek. Jeżeli pęcherz ma miejsca uległe zgorzeli, to należy je wyciąć i następnie nałożyć szew lub też leczyć, jak ranę otwartą. Doszczętną operację przepukliny kończymy zaraz albo po kilku dniach, upewniwszy się, że szwy, nałożone na pęcherz, trzymają dobrze. b) Kiedy pęcherz ulegnie uszkodzeniu podczas operacji, najlepiej po usunięciu i zrównaniu poszarpanych i zmiażdżonych brzegów nałożyć od razu szew na zdrową tkankę pęcherza. Autor nie radzi odprowadzać pęcherza, po zeszyciu, do jamy brzusznej i zaszywać bez sączka ranę skórną. Jeżeli uszkodzenie pęcherza będzie dostrzeżone po upływie kilku godzin lub dni po dokonaniu doszczętnej operacji przepukliny, należy zastosować wtórny szew. Wytworzenie się przetoki moczowej nie wpływa ujemnie na rokowanie, albowiem goją się one zazwyczaj samoistnie.

(*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie.* 45. Bd. 3—4 Heft. 1897).

A. Kopczyński.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.



20. **Validolum.** Walidol. Jest to połączenie kwasu waleryanowego z mentolem.

Mentol, jak wiadomo, obok swych cennych leczniczych własności, posiada tę stronę ujemną, że jest środkiem mocno drażniącym, tak, że go w większych dawkach stosować wewnętrznie nie można, gdyż mógłby wywołać stan zapalny błony śluzowej żołądka. Nawet zewnętrzne stosowanie silniejszych roztworów mentolu wywołuje łatwo objawy zapalenia.

D-r SCHWERSENSKI z Berlina (*Therap. Monatsk.* 1897. 11) przekonał się, że połączenie mentolu z kwasem waleryanowym, czyli waleryaniam mentolu, wcale nie jest środkiem drażniącym i palącym, a przytem posiada bardzo cenne własności lecznicze mentolu.

Walidol przedstawia się pod postacią płynu bezbarwnego, konsystencji gliceryny, zapachu przyjemnego, łagodnego, a smaku gorzkawego i orzeźwiająco-chłodzącego. W związku tym nie znajdujemy już owej znanej ostrości czystego mentolu, a lotność mentolu została również znacznie zredukowaną.

Walidol ma prócz tego tę własność, że rozpuszcza w sobie bardzo łatwo dowolne ilości mentolu, a roztwór taki jest łagodnym, a nie tak drażniącym, jak inne roztwory mentolu. Z tego powodu można pod tą postacią stosować mentol w większych dawkach wewnętrznie, t. j. przez żołądek, albo też jako wdechania, albo wreszcie zewnętrznie na skórę.

Co się tyczy własności leczniczych, to przede wszystkim walidol jest bardzo dobrym środkiem pobudzającym (*analepticum*), przyczem nie drażni błony śluzowej przewodu pokarmowego, ani nie psuje trawienia. Zwykle wystarcza 10—15 kropeł wzmiankowanego środka leczniczego raz lub kilka razy dziennie w winie, albo na cukrze. Gdyby przetwórcy ten okazał się jeszcze słabym środkiem pobudzającym, to można w walidolu rozpuścić odpowiednią ilość mentolu, lecz w tym celu trzeba za każdym razem oddzielną napisać receptę. Walidol czysty zawiera 30% mentolu.

Powtóre. Doświadczenie wykazało, że walidol może być dobrym środkiem pomocniczym przy leczeniu histeryi i neurastenii, szczególnie w przypadkach, w których mamy do czynienia z ogólnym osłabieniem. A zaznaczyć tu należy, że pomimo podniecenia, jakie walidol wywołuje, nie spostrzegamy potem nigdy stanu depresyjnego.

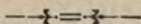
Potrzenie. Walidol wpływa pomyślnie na czynność przewodu pokarmowego (*stomachicum et carminativum*): pobudza łaknienie, usuwa mdłości, gniecenie i bóle w dołku, oraz wzdęcie brzucha (*flatulentia*). Działanie jego polega na tem: że przez lekkie drażnienie przyspiesza i zwiększa wydzielinę błony śluzowej żołądka; że jest doskonałym środkiem przeciwnym i przeciwfermentacyjnym i że prócz tego prawdopodobnie działa bezpośrednio na zakończenia nerwów w błonie śluzowej żołądka, usuwając w ten sposób bolesność i uczucie gniecenia. Jako *stomachicum* i *carminativum* podaje się go również w ilości 10—15 kropeł na cukrze.

Poczwarte. Przy rozpoznawającym się niezycie dróg oddechowych pomyślnie działanie otrzymać można, jeśli wetrzemy kilka kropeł walidolu w dłonie i wdechać będziemy.

Popiąte. Pędzlowania walidolem podobno usuwały szybko naloty z migdałów i gardzieli.

Wiktor Grostern.

Wiadomości drobne.

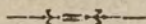


— Kwestya hodowli gonokokków NEISSER'a prawie nie schodzi z porządku dziennego z powodu, iż zalecane dotąd metody hodowania tego pasożyta są zbyt zawiłane. Rekomendowana przez WASSERMANN'a pożywka dla gonokokków przygotowuje się w sposób następujący. Do 15 ctm. sześć. surowicy świńskiej dodaje się 30—35 ctm. sześć. wody, 2—3 ctm. sześć. gliceryny i 0,8 grm. [2%] nutrozy, która ma własność przeszkadzania ścięciu się surowicy przy gotowaniu. Mieszaninę, dobrze wstrząśniętą, ogrzewa się do wrzenia na zwyczajnym ogniu gazowym, a potem sterylizuje się w ciągu 20—30 minut, co najlepiej uskutecznić w ciągu 2 dni. Można ją wtedy przechowywać czas dowolnie długi. Gdy zachodzi potrzeba użycia odżywki, dolewa się do niej równą część 2% ego agaru peptonowego i otrzymaną w ten sposób mieszaninę rozlewa się na płytki PETRI'ego. Zlewanie owych dwóch części powinno mieć miejsce przy 50°—60° C. Badanie z otrzymanymi w ten sposób hodowlami wykazały, że gonokoki wytwarzają jad swoisty, którego małe dawki wywołują na miejscu zastosowania zapalenie, a nadto gorączkę, obrzmienie gruczołów i ból w mięśniach i stawach. Uodpornienie na działanie tego jadu dotąd WASSERMANN'owi się nie udało.

(Centr. f. Bact. Bd. XXII, Nr. 16—17).

Wł. J.

Wiadomości bieżące.



— Kol. JÓZEF POLAK po obronie rozprawy „Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych“ otrzymał stopień doktora medycyny Warszawskiego Uniwersytetu.

— Kol. E. FLATAU i D-r JACOBSONH przystąpili do wydawania: „Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie“. Redaktorem rocznika będzie prof. MENDEL. Wychodzić on będzie corocznie w końcu kwietnia.

— W Paryskiej szkole lekarskiej praktycznej D-r BONNET rozpoczął szereg wykładów o radioskopii i radiografii.

— Przy wzmagającym się materyale w dziedzinie nauk lekarskich i powodzi czasopism specjalnych niepodobna lekarzowi praktykowi rozejrzeć się w nowych zdobyczach wiedzy i ocenić ich istotną wartość. Zestawienie i gruntowne opracowanie różnych działów z zakresu medycyny praktycznej wymaga jednak gruntownej, teoretycznej znajomości przedmiotu i doświadczenia klinicznego. Zadania tego podjęło się nowe wydawnictwo p. t. „Die Heilkunde“, redagowane przez D-ra WEISS'a w Wiedniu, redagowane przy znacznym udziale pierwszorzędných klinicystów, że wymienimy tu: BIEDERT'a, ESCHERICH'a, GRAWITZ'a, LITTEN'a, MARAGLIANO'a, NAUNYN'a, NOORDEN'a, PENTZOLD'a. Z polskich lekarzy należą: i prof. FINGER, NEUGEBAUER, PAWIŃSKI, prof. SZYMONOWICZ, SPIRA, prof. TRZEBICKI. W miesięczniku tym znajdują miejsce: odczyty dydaktyczne wybitnych klinicystów, referaty zbiorowe z różnych działów medycyny, wyczerpujące artykuły, odnoszące się do stanu lekarskiego, sprawozdania i korespondencye ze wszystkich uniwersytetów.

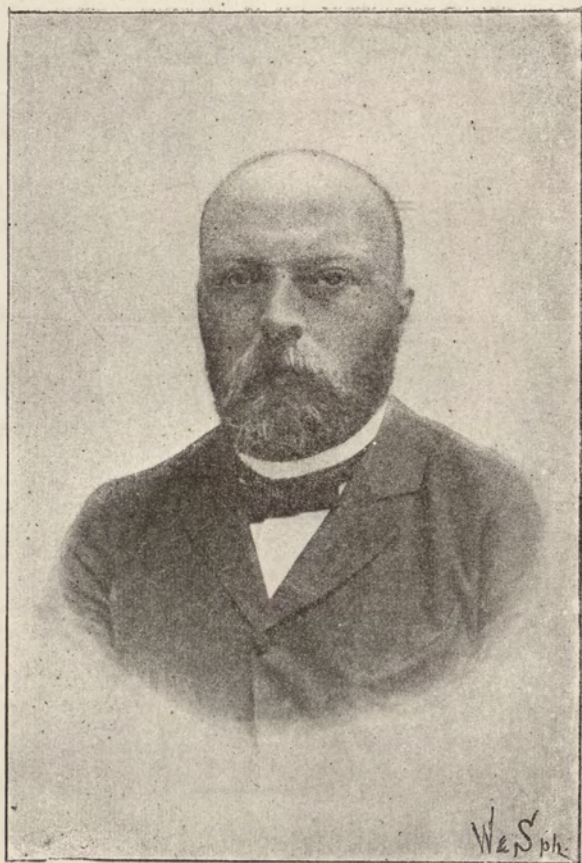
Zmarli: w Lublinie kol. J. W. SAWICKI z Gajewa;
w Paryżu D-r TARNIER prof. kliniki akuszerskiej.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wendego i S-ki na m. październik 1897.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 21 Ноября 1897. Друк Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



Stanisław Kryński.

ur. 1846 † 1897.