

# GAZETA LEKARSKA.

Warszawa d. 1 Stycznia 1881 r.

Z dniem 1-ym Stycznia roku 1881 **Gazeta Lekarska** zmienia właściciela i redakcyję.

Nowonabywcy, którzy będą zarazem stałymi **Gazety Lekarskiej** współpracownikami i którzy z pośród siebie wybrali grono, kierować mające redakcyją, uważają za właściwe przedstawić Szanownym Czytelnikom myśl i kierunek, w jakim nadal pismo to prowadzić zamierzają.

Podejmujemy pismo, które już szereg lat nie mały istnieje. Zanim skreślimy nasz program, czujemy potrzebę wypowiedzieć w tem miejscu wyrazy uznania niepomiernych zasług około piśmiennictwa krajowego, wieloletniego wydawcy i redaktora **Gazety Lekarskiej**, — ś. p. Prof. Girsztowta.

W ostatnich lat dziesiątkach nie było przewodnika młodzieży, któryby równie jak Girsztowt zagrzewał i zachęcał uczniów swoich do pracy na polu piśmiennictwa krajowego, i sądzimy że przejście **Gazety Lekarskiej** w ręce grona lekarzy, którzy prawie wszyscy uczniami jego byli, jest faktem, spełniającym się w duchu dążeń i pragnień ś. p. Girsztowta. Piśmiennictwo wszakże nasze takie, jakie rozwijało się pod egidą Prof. Girsztowta było nieco jednostronnem. Uprawiano tak w **Gazecie Lekarskiej**, jak i w innych związanych z nią wydawnictwach, kierunek przeważnie dydaktyczny, głównym tu celem było nauczanie szerokich kół naszych lekarskich, podawanie mianowicie wiedzy obcej, badań zagranicznych do naszej wiadomości. Ani na chwilę nie wątpimy o wysokiej doniosłości tego kierunku w piśmiennictwie, i jednym z najpilniejszych usiłowań naszych, będzie stronę tę **Gazety** naszej uczynić jak najżywotniejszą. Piśmiennictwo atoli ma inne jeszcze niezmiernie ważne zadanie. Powinno ono być wyrazem i świadectwem samodzielnej pracy kraju około niwy naukowej. Jeżeli się nie mylimy, to społeczeństwo nasze (lekarskie) zbyt mało dotąd odczuwa obowiązek, jaki na Nie wkłada uczestnictwo w życiu ucywilizowanych ludów Europy. Znosimy aby nas nauczała Anglija, Francuja, Niemcy i t. d., a zapominamy że i my nauce coś dać winniśmy; byłoby to sprawiedliwem, sumiennem, a razem dla nas i zaszczytnem. A jakżeż o to ostatecznie nie trudno w obecnym zwłaszcza kierunku nauki lekarskiej: ścisła obserwacyja, sumienna statystyka, samodzielnie podjęte badania doświadczałne—oto pole pracy, której owoce ogólnemu postępowi nauki lekarskiej wysoce mogą być pożytecznemi. Około działu prac oryginalnych będziemy więc ze szczególną pracować skwapliwością.



Innem zadaniem piśmiennictwa jest poznawanie samych siebie dokładnie i ściśle. Bez kompasu krytyki trudno pewną i najkrótszą drogą kroczyć naprzód. Bezstronne, niezależne, sumienne ocenianie prac polskich, oraz działalności naukowej i lekarskiej instytucyj i ludzi, którzy medycynie polskiej przodują, będzie ciąglem naszym dążeniem.

Niemniej ważnem zadaniem piśmiennictwa lekarskiego powinno być stanie na straży zawodu lekarskiego, który w grze interesów społecznych nieraz może być pokrzywdzonym i który, jak każdy stan, bronić musi swego stanowiska w gwałtownym ruchu życia. Stosunki władz administracyjnych do lekarskich, tych ostatnich do lekarzy, kwestyje opieki prawa nad lekarzami, stosunki zawodu lekarskiego do pewnych wymagań społecznych—wszystko to wymaga często wyjaśnień, sprostowań, a na drodze najlojalniejszej daje często możność poprawy tego, co było niezupełnie odpowiedniem. Słowem—chcielibyśmy szczerze być wyrazem istotnych potrzeb zawodu lekarskiego, ogniskiem porozumiewania się lekarzy, którzyby chcieli w celach bądź naukowych, bądź zawodowych, pracą swoją przyczyniać się do postępu i rozwoju w dwóch tych kierunkach.

Oto w krótkich słowach kierunek, jaki nadać chcemy Gazecie Lekarskiej, a który się streszcza w następującym programie:

I. Dział oryginalny: obserwacyje kliniczne, prace i rozprawy z dziedziny nauk teoretycznych, kazuistyka sądowo-lekarska, higiena i statystyka.

II. Dział kompilacyjny: wykłady monograficzne ważniejszych kwestyj praktycznych lub teoretycznych, które szybkim ulegają przekształceniom.

III. Dział sprawozdawczy: sprawozdania z ważniejszych postępów, prac odkryć na polu lekarskiem w kraju i za granicą; sprawozdania z ważniejszych posiedzeń towarzystw naukowych i zjazdów lekarzy w kraju i za granicą.

IV. Dział krytyczny: krytyka dzieł oryginalnych krajowych i zagranicznych, przegląd krytyczny czasopism lekarskich.—Rozbiory i oceny szkół lekarskich społecznych i dawniejszych.—Życiorysy sławniejszych lekarzy.—Artykuły dotyczące spraw stanu lekarskiego. — Korespondencyje. — Kronika bieżąca. — Biblijografja. — Rozporządzenia urzędowe, dotyczące kwestyj sanitarnych.

Mamy nadzieję, że Szanowni Kolledzy—tak ci, którzy pracami już dokonanymi zajęli zaszczytne stanowisko w medycynie polskiej, jako też i ogół lekarzy nieobojętnych dla spraw swojego zawodu - będą popierać nasze dążności i zechcą zasilać nas owocami swojego doświadczenia lub swoich cennych badań:

Następujący lekarze, współwłaściciele Gazety Lekarskiej, będą stałymi jej współpracownikami: Anders L., Anders T., Chrostowski Br., Dunin T., Elsenberg A., Gajkiewicz Wł., Grosstern W., Hering T., Jasiński R., Jawdyński Fr., Klink E., Kondratowicz St., Kornilowicz E., Kramsztyk Z., Kwietniewski St., Matlakowski Wł., Modrzejewski E., Nencki L., Nussbaum H., Pawiński J., Peszke J., Placzkowski W., Przewoski E., Sokołowski A., Żera T.

**Komitet redakcyjny** stanowią: Dunin T., Gajkiewicz Wł., Hering T., Klink E., Kondratowicz St., Matlakowski Wł., Nussbaum H., Przewoski E.

**Redaktorem odpowiedzialnym** będzie **Dr Gajkiewicz Władysław**.

**Wydawcą:** **Dr Kondratowicz Stanisław**.



## Wypadek niedokrwistości złośliwej

(*Anaemia perniciosa progressiva*).

Podał Dr. **Teodor Dunin**, lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

Przed paru laty, opierając się przeważnie na pracach Biermer'a, Immerman'a, Quincke'go, Rosensteina i innych, ogłosiłem w Gazecie Lekarskiej studyjum nad niedokrwistością postępującą złośliwą, w którym starałem się zawrzeć wszystko to, co do owego czasu o tej chorobie wiadomem było. Obraz choroby, nakreślony mistrzowską ręką Biermer'a, nie uległ wprawdzie od tej pory zmianie, dzięki jednak krytyce Eichhorst'a <sup>1)</sup> i nowym poszukiwaniom nad szpikiem kostnym, pojęcia o istocie procesu nieco się zmieniły, sam obraz choroby się zacieśnił, a nauka wytknęła przyszłym badaczom drogę, po której najłatwiej dojść będzie można do jasnego określenia tego, co pod słowem: niedokrwistość postępująca złośliwa, rozumieć należy. Te zmiany skłoniły mię do powtórnego zajęcia się chorobą o której mówimy, tem bardziej, że w przeciągu ostatnich kilku lat, miałem sposobność sam obserwować trzy wypadki niedokrwistości złośliwej. Wprawdzie, dwa z pomiędzy tych wypadków mogą mi dać jedynie wskazówki co do obrazu klinicznego choroby, i nie pozwalają na wnioski o jej istocie, a to z powodu że jeden ehory usunął się z pod mej obserwacyi, drugi zaś umarł skutkiem przypadkowego powikłania (*enteritis diphteritica*), przez co obraz anatomiczny znacznie został zaciemniony. Natomiast trzeci wypadek zdołałem obserwować ze wszelką ścisłością za życia i badać po śmierci; on też posłuży mi wyłącznie za materyjał do wniosków, gdy tymczasem na dwa powyższe tylko przy

<sup>1)</sup> Die progressive perniciöse Anämie. 1878.

### ODCINEK GAZETY LEKARSKIEJ.

#### W kwestyi kodeksu etyki lekarskiej.

W Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem podniesiono myśl opracowania kodeksu etyki lekarskiej, a pomimo że większość w zasadzie uznała potrzebę utworzenia takiego kodeksu, to jednakże z wielu stron powstawały głosy, wypowiedziane zupełną bezużytecznością i bezowocnością takiego pisanego katechizmu moralności. Etyka lekarska — to kwestyja obchodząca ogół lekarzy i dla tego sądzimy, że właściwem jest w prassie lekarskiej kwestyję tę poruszyć, a może tą drogą wywołamy wpośród szerokich sfer lekarskich nie jeden głos poważny, nie jedną radę zdrową. Niektórzy tedy kolledzy sądzą, że istnienie kodeksu moralności wcale nie może wpłynąć na podstawę stosunków lekarskich. Niewątpliwie, że prawo utworzone, a prawo wykonywane są to fakta wcale nie związane



opisie przebiegu choroby powoływać się będą. Wypadek wspomniany jest następujący: chora Maliczek Barbara, robotnica <sup>1)</sup>, wieku lat 38, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus, na salę Nr 36, dnia 8 Kwietnia 1880 r. Dość mało rozwinięta umysłowo i apatyczna chora opowiada, że od czterech miesięcy zauważyła osłabienie, zrazu nieznaczne, później coraz bardziej się wzmagające. Szczególniej też zwróciło jej uwagę, że kiedy się nachyliła, wtedy przy podnoszeniu się robiło jej się ciemno przed oczami. Później osłabienie wzmogło się tak znacznie, że chora już pracą zajmować się nie mogła, tem bardziej, że jednocześnie dostała duszności i obrzęku kończyn dolnych. Prócz tego, prawie od początku choroby doświadczała bólu w lewym boku, a w ostatnich czasach bardzo mało widziała na oczy. W łóżku leży już od 3-ch tygodni. Dotychczas chora była zupełnie zdrową i prócz czterech prawidłowych porodów, z których ostatni odbyła przed 3 laty, i zimnicy, na którą cierpiała przed 5 laty przez parę tygodni, nie chorowała wcale. Warunki jej życia nie były świetne, ale też i nie ostatnie; karmiła się najwięcej chlebem i kartoflami, ale też jadła dość często mleko i mięso.

[Z pomiędzy dwóch poprzednich chorych jeden, właściciel posiadłości za Wolską rogatką, był stosunkowo w bardzo dobrych warunkach, drugi, kował, ciężko pracował, ale w biedzie się też nie znajdował.]

**S t a t u s p r a e s e n s.** Chora średniego wzrostu, dość dobrej budowy, blondynka. Wyraz twarzy apatyczny. Skóra blada, z żółtawym woskowym odcieniem. Przytem szorstka, sucha i pozbawiona sprężystości; błony śluzowe prawie zupełnie białe. Tkanki tłuszczowej umiarkowana ilość, mięśnie dość grube, lecz wiotkie, Na kończynach dolnych słaby obrzęk.

[Na te własności skóry, t. j. jej żółto-woskową barwę, suchość i szorstkość zwracam uwagę dla tego, że widziałem ją we wszystkich trzech wypadkach niedokrwistości złośliwej, a nie widywałem ich w innych rodzajach niedokrwistości, gdzie obok znacznego osłabienia i głośnych szmerów w sercu i żyłach szjowych, skóra zwykle bywa biaława, bez odcienia żółtawego.]

---

<sup>1)</sup> Dwaj poprzedni chorzy byli to mężczyźni.

---

ze sobą koniecznością następstwa, ale, jeżeli pomyśleć można o istnieniu pierwszego bez drugiego, to bez pierwszego drugie jest po prostu niemożliwem, t. j. bez praw nie może być mowy o wykonywaniu praw. Aby kodeks praw był napisany, musi przedewszystkiem być pomyślanym, a tem pewniej zyska on powolność tych, dla których jest przeznaczonym, im gruntowniejszej znajomości stosunków ludzkich, im bardziej trzeźwego rozumu i głębokiego namysłu będzie owocem. Każde prawo<sup>1/2</sup> winno mieć na celu opiekę tych, których ma obowiązywać, a im większe jest poczucie pożytku społecznego, im dokładniejszym jest w społeczeństwie rozumienie swych interesów, tem pewniej toż społeczeństwo dobrowolnie się podda odpowiedniemu prawu.

Wypracowanie kodeksu etyki lekarskiej jest dla nas jednoznaczem z obmyśleniem: jakie to obowiązki lekarzy—gdyby były wykonywane—umiałyby wobec okoliczności realnych zabezpieczyć interesy instytucji lekarskiej wogóle, a lekarzy jednostek w szczególności. Wobec tego pytamy się: czyż każdy z lekarzy tak dalece jest świadom swych obowiązków w tak różnych położeniach, jakie



Płuca nie przedstawiają nic szczególnego. Prawa granica serca dochodzi do połowy mostku, uderzenia wierzchołka słabe, w 5-tym odstepie międzyżebrowym. U wierzchołka słychać wyraźny, lecz niezbyt silny szmer skurczowy. Zresztą tony słabe lecz czyste. Tętno 96, dość małe. W żyłach szyjowych bardzo silny szmer i huczenie.

Śledziona ku górze na 8 żebrze, wyczuwa się w postaci twardego guza, wystającego na dwa poprzeczne palce z poza łuku żebrowego.

Wątroba nie przedstawia nic szczególnego. Mocz błądy, białka nie zawiera. Ze strony układu nerwowego nie ma nic szczególnego, uderza jednak apatyczność, niechęć, powolność w odpowiedziach i brak łaknienia, bez jakichkolwiek innych objawów, wskazujących na cierpienia żołądka.

Ciepłotę miała 38,4° C.

W pierwszej chwili nie byłem w stanie dokładnie się zorientować z czem mam do czynienia. Z jednej strony powiększenie śledziony i dane anamnestyczne nasuwały mi myśl przewlekłego zakażenia zimniczego, z drugiej — objawy ze strony serca skłoniły mię do przyjęcia jednocześnie niedomykalności zastawki dwudzielnej. W tem przypuszczeniu nazaczyłem chorej pożywną dyjetę, a do wewnątrz chininę z żelazem, tak jak to zawsze robię w wypadkach uporczywej zimnicy.

[Wszyscy autorzy, piszący o niedokrwistości złośliwej, zgadzają się na to, że najtrudniej bywa odróżnić tę chorobę od organicznego cierpienia serca, jeżeli temu ostatniemu, co często bywa, towarzyszy niedostateczny rozwój naczyń (*aplasia arteriarum*); jest to tem trudniej, że, jak zobaczymy, nawet istnienie szmeru rozkurczowego kwestyi nie rozstrzyga.]

Od tego dnia chora pozostawała przez 10 dni przy tych samych środkach, przy czem stan jej o tyle tylko się zmienił, że gorączka nieco się zmniejszyła i ciepłota schodziła czasami poniżej 38° C; typ jej był zupełnie nieprawidłowy i po większej części wahała się pomiędzy 38 a 38,5° C

Dnia 18 Kwietnia chora skarży się na coraz to większe osłabienie; teraz już

---

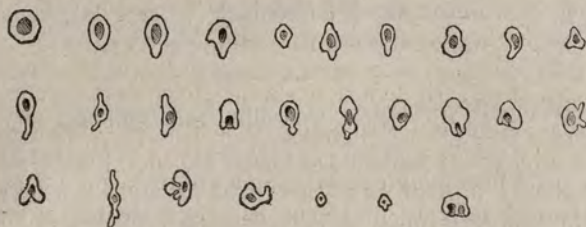
właśnie zawód lekarza rodzi wobec publiczności i kolegów — że zupełnie zbytętecznem byłoby zastanowienie się nad temi obowiązkami, zestawienie ich i podanie krytyce publicznej lekarskiej?

Nam się zdaje, że samo podniesienie i poparcie tej kwestyi przez pewną liczbę lekarzy, dowodzi, że w tym względzie są pewne wątpliwości, i że rozjaśnić takowe wypada. Okoliczność zresztą, że i w niektórych innych miastach uczuto potrzebę takiego pisanego kodeksu, dowodzi, że obowiązki lekarza wymagają pewnego określenia, pozostawienie zaś tego jedynie samodzielnej filozofii i bezgranicznej dowolności każdej jednostki, sprzeciwia się zasadzie uspołecznienia i cywilizacyi.

Można by jeszcze spotkać się z uwagą, jakoby zbytętecznem było tworzenie specjalnych praw etycznych dla pracowników medycyny, gdy od ogólnego stopnia moralności społecznej zależyć będzie moralność i lekarzy, że dla unormowania stosunków lekarskich wystarczającymi być winny prawidła etyki ogólnej.



prawie z łóżka podnieść się nie może, a poprzedniego dnia zrobiło jej się tak ciemno przed oczami, że idąc o mało nie upadła. Badanie, w dnia tym wykonane, wykazuje tylko tę zmianę, że szmer skurczowy w sercu daje się słyszeć na wszystkich punktach osłuchowych. Tak uparte i coraz powiększające się objawy niedokrwiłości, wzbudziły we mnie podejrzenie co do prawdziwości pierwotnego mego rozpoznania. Przystąpiłem przeto do zbadania krwi i znalazłem co następuje: krew wypływa z palca po ukłuciu igłą dość obficie; jest ona niezmiernie blada, prędzej żółta aniżeli czerwona. Na polu mikroskopu znajduje się zaledwie do 40 czerwonych krążków białych, nie zbierających się w rolki i nie mających skłonności do



wytwarzania figur gwiazdowatych. Wielkość ich bywa rozmaita; jedne mianowicie przewyższają ciała czerwone zwykłych rozmiarów, gdy tymczasem inne są niezmiernie małe i pozbawione wklęsnięcia środkowego. Kształt rozmaity i w ogóle bardzo nieprawidłowy; nie wiele tylko ciałek przedstawia się w postaci okrągłych, wklęsłych krążków; większość posiada kształt już to gruszkowaty, już wrzecionowaty, już wreszcie zbliża się do kształtu kapelusza napoleońskiego. Najlepiej widzieć to można na następującej figurze, zdjętej z natury przez Sz. Dra P r z e w o s k i e g o, przy pomocy mikroskopu Prażmowskiego (powiększenie  $\frac{2}{11}$  1 mm.).

[Eichhorst (1. c.) uważa małe, bez wklęsnięcia twory za objaw patognomiczny *anaemiae perniciosae*, czemu przeczy prof. Lambi (Bélokrewnost. V Praze 1879), mówiąc krótko: „Eichhorst považuje malé

---

Niewątpliwie, społeczeństwo stojące wysoko pod względem etycznym, daje wysoce etycznie rozwinięte stany, ależ to samo społeczeństwo składa się ze stanów, a moralność tych ostatnich składa się na moralność ogółu społeczeństwa. Każdy stan przedstawia szczególne punkta styczne ze społeczeństwem, szczególne sytuacje życiowe, rodzi więc różne obowiązki, które pojmować należy, aby móż być moralnym. Z tego to względu właściwym jest, aby ze spraw moralnych, opartych na szczególnych obowiązkach, szczególnych stanów, złożyła się zbiorowa moralność społeczeństwa, bo gdy tylko pewne ogólne prawa rozciągnąć przyjdzie do szczególnych form społecznego życia, będą te ogólne prawa zawsze niedostatecznie określającymi obowiązki i niewyczerpującymi kazuistyki życia. Staraniem jest społeczeństw pojęcia moralne gruntować i szerzyć, a obowiązkiem stanów w pomoc przychodzić społeczeństwu przez szerzenie i gruntowanie moralności we własnych szeregach. A niepotrzeba chyba tego dowodzić, że moralność zarówno w społeczeństwie, jak i w każdym stowarzyszeniu, ma wartość nietylko idealną, ale i rzeczywisty życiu przynosi pożytek, że wv-



bunki czerwieni za wyhradny příznak zhoubne anaemie, v cmez ale nema pravdy.“ Twierdzi on, że zarówno mikro- jak poikilocyty znane mu były jeszcze w 1857 r. i uważa je jako pierwszy objaw choroby.]

Białych ciałek prawie nie znajdujemy, lub co najwięcej 1—2 na polu mikroskopu. Jednem słowem, rezultat badania jakościowego krwi daje się streścić w słowach: oligoglobulia, poikiloglobulia et mikroglobulia <sup>1)</sup>.

[Jeszcze bardziej charakterystyczne były zmiany krwi u pierwszego z mych chorych. Tam ciała czerwone były bardzo duże (*makroglobulia*), formy nieprawidłowej i miały skłonność jakby do rozplywania się. Natomiast małych kulek (*mikroglobulia*) tu nie zauważyłem.]

Badanie ilościowe, dokonane hematinometrem Hayem'a-Nachet'a, wykazało zaledwie około 1,200,000 czerwonych ciałek krwi w jednym milimetrze sześciennym krwi; ilości hemoglobiny oznaczyć nie mogłem, dla braku w całej Warszawie odpowiedniego przyrządu.

[Prawidłowo, według obliczeń Vierordt'a, Wecker'a, Hayem'a i innych, w sześciennym milim. krwi znajduje się około 5 milionów czerwonych ciałek krwi. W niedokrwistości ilość ta może się zniżyć aż do 800,000. W ogóle te niedokrwistości, które zawierają 1 milion, Hayem zalicza już do najcięższych. (Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang. 1878).]

Ten rezultat badania krwi dał mi rzeczywisty dowód, że niedokrwistość tak wysoka, której towarzyszą tak znaczne zmiany w jakościowym i ilościowym składzie krwi, nie jest następstwem prostego zakażenia zimniczego; powziąłem wtedy myśl o istnieniu niedokrwistości postępującej złośliwej, które to rozpoznanie usuwało by też i poprzednie przypuszczenie o istnieniu wady serca. Postanowiłem tedy obserwować dalej chorą i w razie gdyby przebieg potwierdził rozpoznanie, przystąpić do przetoczenia krwi, jako jedyne go środka, od którego jeszcze czegoś oczekiwać by było można. Tymczasem zaleciłem wino, fosforan żelaza i arsenik.

---

<sup>1)</sup> Patrz: L a m b l, Belokrewnost str. 19 i nast.

---

sokie poczucie obowiązku nie tylko jest pięknem, ale jest zarazem źródłem dobra realnego dla jednostek i ogółu.

Prawda, że pogląd na obowiązki, takie lub inne, to jest rzecz bardzo względna, trudno tu o jakąkolwiek sankcję formalną — trudno o prokuratoryję, sędziów i władzę wykonawczą. Wszakże skryształizowanie rozumnie obmyślanych obowiązków w formę kodeksu etycznego, kodeksu, uznanego przez poważną korporację lekarską, już niewątpliwie stanowić będzie hamulec dla możliwych zbroczeń w życiu zawodowym lekarzy. Taki bowiem kodeks daje punkt oparcia opinii lekarskiej wewnętrznej, która niemałoważnym jest czynnikiem kontrolującym — zatem szerzącym — moralność, tak, jak nim jest wogóle opinia publiczna. Opinię lekarską wewnętrzną przeciwstawiamy tu opinii zewnętrznej, to jest tej, jaką sobie ogół publiczności o lekarzach wytwarza, a jeżeli się nie mylimy, to u nas, przynajmniej w Warszawie, zamało jest ta zewnętrzna opinia wyrobiona, owszem, co gorsza, że o ile jest, nie jest ona samodzielna, ale się opiera na opinii zewnętrznej, z natury rzeczy bardzo powierzchownej,



Dnia 19 Kwietnia Kol. Budzylński, na moją prośbę, raczył zbadać chorą oftalmoskopem. Badanie okazuje: naczynia siatkówki bardzo wąskie, tętnice tylko z trudnością można odróżnić od żył. Wszędzie mnóstwo drobnych wylewów krwi, mających postać okrągłą lub podłużną; niektóre z nich w środku posiadają białą plamkę. Same objawy pozostają te same: chora coraz więcej staje się apatyczna, traci apetyt, szmery skurczowe w sercu bardzo wyraźne, śledziona powiększona, twarda. Ciepłota około 38° C., tętno 96, bardzo drobne. Od tego dnia przez tydzień badałem codziennie krew, a kiedy nie znalazłem żadnego przyrostu ciałek czerwonych, ani poprawy w ogólnym stanie chorej, poprosiłem dnia 1 Maja na naradę Kollegów: Orłowskięgo, Modrzejewskiego, Przewoskiego i Placzkowskiego i wspólnie postanowiliśmy wykonać przetoczenie krwi do naczyń. Jakoż tego samego dnia Kol. Placzkowski wstrzyknął chorej do lewej żyły ramieniowej trzy uncje odwłóknionej krwi, wziętej ze zdrowego człowieka. Tegoż samego dnia wieczorem chora uczuła lekki dreszcz. Ciepłota 39,2° C. T. 120.

Dnia 2 Maja c. 38,4° C.; t. 102. Chora na pytania zupełnie nie odpowiada, moc i kał oddaje pod siebie. Tętno nieco pełniejsze niż dni poprzednich. Szmery w sercu nie tak głośne. Krew przedstawia te same zmiany.

Dnia 3 Maja c. 37° C.; t. 96. Chora nieco odpowiada na pytania. Szmerów w sercu nie słycać wcale.

Dnia 4 Maja *sopor*, na pytania chora nie odpowiada wcale. C. 37° C. T. 96. W sercu znowu słycać szmer skurczowy.

Dnia 5 Maja *sopor*. U wierzchołka serca wyraźny szmer rozkurczowy. Zresztą objawy te same.

[Na szczególną uwagę zasługuje szmer rozkurczowy u wierzchołka serca i falowanie żył szyjowych. Wiadomo, że większa część autorów, jak Dusek, Gerhardt, Rosenstein, Immermann, Widmann, twierdzi, że szmer rozkurczowy nigdy nie bywa przypadkowym i zawsze zależy od materyjalnych zmian zastawek i ujęć; jeden tylko Friedreich powiada, że raz jeden słycał szmer rozkurczowy u chorego, u którego po śmierci nie

---

zbyt łatwo błędzając. Utworzenie i moralne usankcjonowanie kodeksu etycznego ułatwi, zdaniem naszym, wytworzenie się tego ważnego umoralniającego czynnika, t. j. ściślejszej opinii wewnętrznej, w łonie naszych lekarzy.

Niewątpliwie obecne przeludnienie lekarskie (w wielu przynajmniej miejscowościach w kraju naszym) wytwarza glebę zbyt urodzajną dla bujania roślin z moralną trucizną. W interesie stanu lekarskiego wypada zastanowić się koniecznie, w jaki to sposób nieunikniona niestety walka o byt mogła by się na najnaturalniejszych, zatem na najlepszych rozegrywać torach, t. j. przynajmniej tak, aby wyjątki złe nie pokonywały ogółu lepszego, aby sumienność i nauka nie uległy bładze i nieświadomości, tem bardziej, że o ile z jednej strony dominującą jest niezwykła rzutkość i sprężystość, to z drugiej zbyt bierność i apatya.

Kodeks lekarski etyczny powinien wszystkich interesów zawodu lekarskiego dotyczyć, a twórcy jego winni mieć bezustannie na celu obronę interesów lekarzy, oraz godności ich sztuki.



znaleziono żadnych zmian w sercu. Natomiast autorzy, opisujący niedokrwistość postępującą złośliwą, jak Müller, a szczególnie Eichhorts, spotykali go dość często, ale tylko przy najwyższych stopniach bezkrwistości. Jeżeli wytłumaczenie powstawania szmerów skurczowych przypadkowych napotyka na wielkie trudności, to o wytłumaczenie szmerów rozkurczowych, powszechnie zaprzeczanych, nikt dotychczas nawet się nie kusił. Co do mnie, to sądzę, że powstawanie tego ostatniego szmeru można sobie wytłumaczyć jedynie wtedy, jeżeli wraz z Widmannem (Choroby serca i tętnic 1879 r.) mięśnie brodawkowe serca uważać będziemy za mięśnie rozkurczowe, t. j. działające podczas rozkurczu serca. Według tego poglądu mięśnie brodawkowe przeszkadzają wycięciu się zastawek i podczas rozkurczu przybliżają je do ścianek serca. W razie gdy mięśnie brodawkowe, w skutek wysokiego stopnia zwyrodnienia tłuszczowego, nie będą mogły się kurczyć, wtedy nie przyciągną one zastawek do ścian serca, ale pozwolą im pływać i wahać się swobodnie we krwi. To wahanie się nie-napreżonych błon przedstawia warunki do powstawania szmeru. Jeżeli ten pogląd jest prawdziwy, to przypadkowe szmery rozkurczowe mogą się zdarzać jedynie przy otworach żylnych.

Dnia 6 Maja. Chora wcale nie odpowiada i mało oddziaływa na uklucia. U wierzchołka serca szmery bardzo wyraźne. Żyły szyjowe nabrziałe, mocno falują i tętnią. Badanie krwi wykazuje stosunkowo znaczny przyrost białych ciałek krwi, tak, że na polu mikroskopu znajdujemy ich do 15. Ilość czerwonych krążków ta sama.

Dnia 7 Maja. Objawy te same. C. 39° C.; t. 120. Zmiany we krwi te same. Wieczorem chora umarła.

Rozbior z włók: trup średniego wzrostu, dość dobrej budowy, odżywianie mierne. Skóra blada z odcieniem żółtawym. Kości czaszki dość grube; zewnętrzna powierzchnia opony twardej mózgu blada; na wewnętrznej, po obu stronach i nieco więcej ku tyłowi, znajduje się kilka cienkich warstw włóknika, pomiędzy którymi widać wiele drobnych wylewów krwi (*pachymeningitis haemorrhagica interna*). Opona pajęczka i mózg blade.

Płuca niezmiernie blade, wszędzie zawierają powietrze. Serce powiększone

---

Nie jesteśmy ślepymi optymistami i przekonani jesteśmy aż nadto, że nie odrazu odmienić się może wartość moralną danego stanu, ale każdy stan może rozwijać się w kierunku dodatnim, chodzi tu o punkt wyjścia na drogę ku lepszemu.

Stan lekarski, jak każdy inny, bezustannie się odmienia, młode przybywają siły, wysłużonych weteranów liczba się zmniejsza, a jeżeli człowiek do dyplomu lekarskiego przynosi już z sobą pewien zapas moralności dodatniej lub ujemnej, wykwitły pod wpływem rozlicznych okoliczności, które od kolebki mu towarzyszyły — toż do dyplomu upływa tylko mała życia cząstka; człowiek, już wszedłszy w szeregi ludzi pracy, jeszcze wpływom nie przestaje ulegać i jeszcze się dalej urabia, i jeżeli środek, w którym się obraca, dodatnio na niego oddziaływać będzie, pewnej na nim głębokości rysy wyrzeje.

A jako w ustroju żywym nie ma spoczynku, każdy bodziec, choćby chwilowy, wywołuje pewien szereg zjawisk w przemianie materji i w kierunku psucia się i niszczenia albo zdrowienia i poprawy ustroju — podobnie i w każdym



w wymiarze poprzecznym. Komórka lewa objętości prawidłowej, mięsień bładę przedstawia wiele żółtawych plamek. Szczególniej widoczne to jest na mięśniach brodawkowych, które skutkiem tego przedstawiają kolor marmurkowaty. Żółte miejsca ciągną się na nich w kształcie pasma zygzakowatego. Brzeg zastawki dwudzielnej bardzo nieznacznie zgrubiały. Prawa komórka, nieco rozszerzona, zawiera w sobie skrzep bładę, żółtawy. Mięsień jej bładę, przedstawia także liczne żółtawe plamki. Zastawka trójdzielną i tętnica płucna nie przedstawiają nic szczególnego. Zastawki aorty prawidłowe; na wewnętrznej powierzchni dość liczne wyniesienia, będące śladem zwyrodnienia ateromatycznego. Rozmiary naczyń następujące: aorta wstępująca—po rozcięciu i rozprostowaniu—7 cm.; łuk aorty 7 cm.; aorta nad przeponą 5 cm.; tętnica bezimienna 3 cm.; t. szyjowa wspólna 2 cm.; t. podobojczykowa 2,2 cm.; wreszcie tętnica płucna 7 cm. Wątroba prawidłowych wymiarów przedstawia lekki stopień stłuszczenia.

[Dla lepszego oryentowania się, podaję rozmiary naczyń u kobiet, zebrane na zasadzie wymiarzeń u 100 blisko trupów, przez panią Waleryję Schiele-Wiegand w Zurichu. I tak: t. płucna 7,36 cm.; aorta wstępująca 6,82 cm.; aorta zstępująca 5,33 cm.; t. szyjowa wspólna 1,91 cm.; t. podobojczykowa 2,31 cm., (Virchow's Archiv, T. 82, str. 27 i nast.).]

Śledziona dwa razy większa od prawidłowej, na przekroju czerwona, jednolita, dość twarda, robi wrażenie mięsa; ciałek Malpighiego odróżnić nie można. Na czerwonym tle tu i owdzie przebiegają wązkie smugi tkanki łącznej.

Nerki prawidłowych wymiarów, blade, powłoka schodzi łatwo.

Kiszki blade, równie jak i żołądek.

Szpicik kostny, tak w kościach długich jak i w mostku, przedstawia się w postaci żółto-czerwonej podobnej do ropy miękkiej masy, która po rozpiłowaniu kości sterczy po nad płaszczyznę przecięcia.

Gruzoły chłonne nigdzie nie powiększone. Siatkówka przedstawia liczne

---

ustroju społecznym się dzieje. I tu, dzięki prawom assymilacyi, a zarazem i przemiany, tylko społeczeństwa żywe mogą być w ruchu, tu spoczynku nie ma, ale ruch ten może być wstecznym, gdy społeczeństwo przebywa okres moralności upadającej, albo ruchem postępowym, gdy społeczeństwo przebywa okres moralnego doskonalenia się. Utworzenie kodeksu etycznego może być popchnięciem li na tę kolej drugą, lepszą, i choćby ruch, tem popchnięciem wywołany, był bardzo powolny, to bez szczególnych przeszkód stać się musi jednostajnie przyspieszonym.

A zresztą, jeżeli kiedykolwiek w medycynie ma prawo bytu starodawna maksyma: *melius remedium anceps, quam nullum*, — to jeżeli by trudno było dla podniesienia moralnego stanu lekarskiego o jakikolwiek dzielniejszy środek od kodeksu etycznego, to tu przedewszystkiem zasada wspomniana ma swoje właściwe zastosowanie.

Pozostaje nam zastanowić się bliżej nad najogólniejszą formą i treścią takiego kodeksu etycznego, ale do tego powrócimy innym razem w tem samym miejscu.

Dr. N.



ciemne punkciki, które badane za świeża pod mikroskopem, okazują się jako wylewy krwi, leżące na przebiegu naczyń.

**B a d a n i e m i k r o s k o p o w e . S e r c e .** W miejscach które i dla gołego oka odróżniały się z powodu swego żółtego koloru, pojedyncze włókienka mięśniowe prawie że wcale nie przedstawiają normalnej budowy prążkowanej. I tak, w jednych znajdujemy jeszcze prążki i jądra, ale obok tego i liczne drobne kropelki tłuszczowe, gdy tymczasem w innych nie widać wcale śladów budowy i całe włókienka okazują się w postaci pochwęki, wypełnionej dość dużymi kroplami tłuszczu. Zwyródnienie to dosięga najwyższego stopnia w mięśniach brodawkowych. Zmian w tkance łącznej i naczyniach nie widać wcale.

[W ostatnich czasach Ehrlich opisał (Charité-Annalen, V Jahrg. 1880) wypadek niedokrwiistości postępującej złośliwej, który się nagle zakończył śmiercią, w skutek wyczerpania siły serca (*insufficiencia cordis*); jako przyczynę tej ostatniej znalazł on: 1) infiltrację drobnokomórkową tkanki łącznej i to nie tylko tej, która oddziela większe wiązki włókień, ale i tej, która spaja pojedyncze włókienka; 2) pewnego rodzaju amyotroficzny zanik mięśni, w skutek którego kurczyliwa ich istota ginie, a jej miejsce zajmuje rozrosłe jądro; to ostatnie wtedy zajmuje prawie całą grubość włókienka i bywa nieraz rozszczepione, skutkiem czego Weigert pomyślał to błędnie za regenerację mięśnia.]

**W ą t r o b a .** Komórki wątroby przedstawiają dość silny stopień ziarnistości, a w niektórych miejscach lekkie stłuszczenie. Tkanka łączna prawidłowa.

**N e r k i .** Nabłonek kanalików krętych stłuszczone; kłębki prawidłowe.

**Ś l e d z i o n a .** Przy badaniu skrawków śledziony uderza nas znaczny i równomierny rozrost beleczek podścieliska i drobnej siateczki, wchodzącej do składu miazgi śledzionowej. Ta ostatnia przedstawia się w kształcie gęstej siatki, o bardzo drobnych oczkach. Oczka tej siatki wypełnione są licznymi drobnymi komórkami, podobnymi do białych ciałek krwi. Czerwonych krążków krwi w miazdze śledziony widać nie wiele. Znaczny też rozwój podścieliska i wzmiankowanej wyżej siateczki, staje się szczególnie widoczny na preparatach wypędzlowanych. Ciałek Malpighiego nie można dostrzedz wcale.

**S z p i k k o s t n y .** Za świeża badany z kości długich (*femur*), prawie nie zawiera komórek tłuszczowych; natomiast widać w nim: 1) prawidłowe krążki krwi w dość znacznej ilości; 2) mało ciałek czerwonych posiadających wewnątrz jądro; 3) najwięcej komórek podobnych do białych ciałek krwi rozmaitego kształtu. Na preparatach stwardnionych w kwasie chromnym, otrzymujemy następujący obraz: przeważającą częścią składową są komórki, podobne do białych ciałek krwi; wielkość ich bywa rozmaita, najwięcej jednak jest takich, które dwa razy co najmniej są większe od komórek śledziony. Zawierają one czasami po dwa lub więcej jąder. Komórki te poroździelane są dość znaczną ilością substancji międzykomórkowej, o bardzo delikatnej budowie. Prócz tego cały szpik kostny jest jakby infiltrowany czerwonymi krążkami krwi. Naczyń prawie nie widać wcale, tylko gdzieś widać szersze naczynko, wyglądające jakby przerwane; tu i owdzie też znajdują się wrzecionowate komórki, prawdopodobnie *endothelium* naczyń.

Opisany powyżej przebieg choroby jest zupełnie charakterystyczny dla



niedokrewności postępującej złośliwej i mało się różni od tego, jaki podają Biermer, Eichhorst i inni. Objasnić też jego nie widzę potrzeby; również nie mam zamiaru wyjaśniać przyczyny powstawania niektórych objawów, jak np. gorączki, stłuszczenia serca, wylewów krwi i t. d. Po te rzeczy odśesam czytelników do wspomnianej powyżej mojej rozprawki, tem śmieiej, że tłumaczenie tych faktów od owej chwili zmianie żadnej nie uległo.

Nie tak się jednak ma rzecz z anatomicznym obrazem i poglądem na samą istotę choroby; pod temi też dwoma względami wyłącznie rozpatrzyć mój wypadek mam zamiar. (D. n.)

## II. O ZAPALENIU SZYJKI PĘCHERZA MOCZOWEGO.

Podał **E. Klink**, Starszy Ordynator szpitala ś. Łazarza w Warszawie.

Zapalenie szyjki pęcherzowej jest niewątpliwie daleko częstszem powikłaniem trypra cewki moczowej, jak zapalenie przyjądrza. Pomimo tego, w dziełach, specjalnie poświęconych chorobom wenerycznym, o zapaleniu szyjki pęcherzowej autorowie w ogóle nie bardzo wiele piszą; zaznaczyć jednakże należy, że w dziełach autorów francuzkich kwestyja ta nieco obszerniej jest opracowana, jak w dziełach autorów niemieckich. Podejmując się opracowania i dokładniejszego przedstawienia rzeczy o zapaleniu szyjki pęcherza moczowego, mam zamiar zwrócić uwagę Szanownych Kollegów na ważność tego powikłania, na przyczyny wywołujące, na objawy, występujące przy rozmaitych stopniach zapalenia szyjki, na rozpoznanie różniczkowe między zapaleniem szyjki pęcherzowej a innemi cierpieniami pęcherza, wreszcie podać szczegółowe wskazówki, jakie się następują przy leczeniu tego cierpienia.

Zanim przystąpię do bliższego rozbioru zapalenia szyjki pęcherzowej, pozwolę sobie, dla dokładniejszego zrozumienia rozbieranego przedmiotu, przedstawić kilka szczegółów, odnoszących się do anatomii i fizjologii szyjki pęcherzowej i pęcherza moczowego.

Pod nazwą szyjki pęcherza moczowego rozumiem część przyprątną cewki moczowej (*ars prostatica urethrae*). Część ta jest niejako dalszym ciągiem pęcherza, a stanowi początek cewki moczowej. Gruczoł przyprątny, v. krokowy (*prostata*), obejmuje szyjkę pęcherza moczowego, tak, że cewka moczowa leży jakby w rynience gruczołu krokowego. W środku tej części cewki moczowej, na ścianie dolnej, v. tylnej, znajduje się w górek nasienny (*colliculus seminalis, veru montanum*), który przedstawia pośrodku wyjście pęcherzyka przyprątnego (*vesicula prostatica, v. utriculus virilis*), po bokach otworki przewodów wytryskowych pęcherzyków nasiennych (*ductus ejaculatorii*); jeszcze zaś bardziej na zewnątrz z każdej strony spostrzedz można otworki przewodów samego gruczołu przyprątnego.

Długość części przyprątnej cewki moczowej, czyli szyjki pęcherzowej, wynosi 24 — 30 milimetrów.



Co się tyczy pęcherzyka przyprątnego, którego wyjście znajduje się pośrodku wzgórnka nasiennego, to ścianki tego pęcherzyka są wysłane nabłonkiem uwarstwionym i zawierają pojedyncze lub złożone gruczolki, jamka zaś zawiera płyn lepki, podobny do śluzu; przewody samego gruczołu przyprątnego również wysłane są nabłonkiem walcowatym, zbliżającym się do płaskiego, i zawierają płyn wodnisty, przezroczysty, ciągnący się. Przewody wytryskowe pęcherzyków nasiennych, wysłane nabłonkiem ślupkowatym, służą do przeprowadzenia nasienia bezpośrednio do cewki moczowej.

Błona śluzowa części przyprątnej cewki moczowej pokryta jest nabłonkiem ślupkowatym, pod którym znajdują się zwykle duże warstwy podługowato-okrągłych komórek. Pod błoną śluzową znajdują się gruczolki gronowe, wysłane nabłonkiem krótkim, walcowatym. Wydzieliną tych gruczołów jest zwyczajny śluz, często w rozszerzeniach woreczków gruczołowych w znacznej ilości nagromadzony. Pęcherz moczowy, oprócz osłony surowiczej, składa się z dwóch warstw mięsnych i błony śluzowej. Włókna mięsne zewnętrzne, podłużnie biegnące, tworzą mięsień wyżymacz pęcherza (*m. detrusor urinae*); wewnętrzne włókna mięsne, przebiegające w ogóle w kierunku poprzecznym tworzą zwieracz pęcherza (*m. sphincter vesicae*).

Włókna koliste tego ostatniego mięśnia tworzą naokoło otworu szyjki pęcherza grubą obrączkę, zwaną zwieraczem cewki wewnętrzny (*sphincter internus*). Przy oddawaniu moczu, mianowicie pod koniec, ostatnie jego ilości zostają wypychane w odstępach, i to przy pomocy mięśnia opuszkowatego (*bulbo-cavernosus*). Zwieracz cewki wewnętrzny (*sphincter internus*) czyni możliwym, że w stanie zdrowia przez dłuższy czas możemy się opierać napieraniu moczu i że początek cewki moczowej ściśle zamkniętym zostaje.

Błona śluzowa pęcherza moczowego pokryta jest grubym uwarstwionym nabłonkiem; nabłonek w głębi zwykle stożkowaty, albo walcowaty, wyżej zaś okrągławo-kątowaty, albo spłaszczony, w komórkach nieregularnych. Prócz tego znajdują się i gruczolki gronkowate, mianowicie zaś od strony szyjki pęcherzowej. Szyjka pęcherzowa wogóle obficie jest zaopatrzoną w naczynia krwionośne; tak naczynia tętnicze jakoteż i żyłne tworzą bardzo liczne sploty na szyjce pęcherza.

Niemniej szyjka pęcherzowa obficie jest zaopatrzona w nerwy.

Ilość moczu, jaka może się pomieścić w pęcherzu moczowym, średnio wynosi 12 uncyj. Oddawanie moczu w stanie zdrowia jest najzupełniejsze, tj. mocz wydała się z pęcherza do ostatniej kropli.

Prawie wszyscy autorowie, mówiąc o zapaleniu szyjki pęcherza moczowego, łączą opis tego cierpienia z opisem nieżytu pęcherza moczowego. Nie przyjmują, aby mogło istnieć zapalenie samej tylko szyjki, bez jednoczesnego cierpienia pęcherza. Nadto, prawie wszyscy, mówiąc o cierpieniu szyjki pęcherzowej, nie odróżniają rozmaitego natężenia tego cierpienia, co zdaniem naszym jest konieczne, nie tylko ze względu na rokowanie, ale i na leczenie.

Bardzo liczne i szczegółowe spostrzeżenia własne przekonały mnie, że właściwie można odróżnić trzy stopnie zapalenia szyjki pęcherza moczowego.



1. Albo mamy do czynienia z objawami prostego podrażnienia szyjki pęcherzowej, co wyrazi się przekrwieniem błony śluzowej, lekkiem jej obrzmieniem i spulchnieniem.

2. Albo napotykamy objawy zapalenia szyjki pęcherzowej, co wyrazi się znacznym przekrwieniem błony śluzowej, wysiękiem, obrzmieniem, złuszczeniem nabłonka, powierzchownymi nadżarciami teje błony.

3. Albo istnieją jednocześnie objawy zapalenia szyjki pęcherzowej i rozmaitego stopnia i natężenia zapalenie błony śluzowej pęcherza moczowego.

Podział ten, który tu podałem, aczkolwiek nie we wszystkich przypadkach z zupełną ścisłością da się przeprowadzić, to jednakże jest bardzo dogodny ze względów praktycznych, pozwoli nam bowiem podać szczegółowe objawy i przebieg tego rozmaitego stopnia zajęcia szyjki pęcherzowej, ustalić dokładniejsze wskazówki do leczenia, a wreszcie, co niemniej jest ważnem dla chorego, postawić gorsze lub lepsze rokowanie.

Poniżej podane objawy, odnoszące się do każdego z tych stopni zapalenia szyjki pęcherzowej, przekonają, że podział ten dla lekarza praktycznego jest bardzo dogodny, ze względu że podaje nam wprost wskazanie do leczenia.

Przyczyny zapalenia szyjki pęcherzowej są bardzo liczne i bardzo rozmaite. Napotykamy zapalenie szyjki tak przy tryprze z ostrym przebiegiem, jak i z przebiegiem przewlekłym.

Rozumie się, że wszelkie przyczyny, wywołujące zapalenie szyjki, daleko łatwiej to czynią przy tryprze ostrym, jak przy tryprze przewlekłym. Przy zapaleniu tryprowem cewki z przebiegiem ostrym, z byt wczesne wstrzykiwanie tak silnych jakoteż słabych roztworów, soli ściągających, nieumiejętne wstrzykiwanie, mianowicie z pewną siłą wykonane, użycie środków moczopędnych (jałowiec i pietruszka), użycie w znacznie większych dawkach środków balsamicznych (*bals. copivae*), taniec, jazda konna, długa jazda koleją żelazną, lub też, acz krótka lecz niewygodna—powozem, użycie napojów wysokowych, nawet w nieznacznej ilości, naprężenia członka w skutek przestawania w towarzystwie kobiet, spółkowanie i t. d., wszystkie te przyczyny mogą spowodować zapalenie szyjki pęcherzowej. Najczęstszą przyczyną jest używanie napojów wysokowych i wstrzykiwania do cewki moczowej roztworów stężonych. Wszystkie te przyczyny przy przewlekłym zapaleniu błony śluzowej cewki moczowej, wywołują zapalenie szyjki pęcherzowej, chociaż niejednokrotnie wszelkie przekroczenie uchodzi bezkarnie.

Objawy zapalenia szyjki pęcherzowej są rozmaite, co—jak już wyżej nadmieniliśmy—zależy od stopnia zapalenia i od udziału w tem cierpienia pęcherza moczowego.

1. Objawy przekrwienia szyjki pęcherzowej. Objawy podrażnienia szyjki występują zwykle przy tryprowem zapaleniu cewki nieznanego stopnia, a przedewszystkiem przy zapaleniu tryprowem przewlekłym. Pierwszym objawem podrażnienia, uderzającym tak chorego jako i lekarza, jest niezwykła częstość urynowania. Już podczas istnienia samego trypra cewki moczowej, częstość oddawania moczu zwiększa się i to w tym stopniu, że gdy w zwykłym stanie oddajemy mocz 4 — 6 razy na dobę, przy obe-



ności trypra cewki moczowej, chory oddaje mocz 8 — 10 razy na dobę. Ta niezwykła częstość oddawania moczu zawiera się w bardzo szerokich granicach. Albo chory oddaje mocz 12 — 15 razy dziennie, albo daleko częściej, co godzinę, lub co pół godziny. Co nadto uderza chorego w podobnych przypadkach, to nadzwyczajna trudność powstrzymania się od tak częstego oddawania moczu, tak, że prawie wszyscy chorzy na to nacisk kładą, że z chwilą kiedy poczują potrzebę oddania moczu, muszą natychmiast zadowolnić ją, w przeciwnym razie powstaje oddanie mimowolne kilku kropli moczu, lub też, gdy choremu udaje się powstrzymać mocz, doznają oni w okolicy, odpowiadającej szyjce pęcherzowej, przykrego i bolesnego uczucia. W niektórych przypadkach częstość urynowania nie wiele się różni od zwykłej, lecz istnieją inne objawy o których poniżej mówimy.

Podczas samego oddawania moczu ból w cewce jest albo żaden, albo bardzo nieznaczny, co zależy od stopnia zajęcia cewki sprawą tryprową, lecz przy oddawaniu ostatnich kropli moczu, chory doznaje bolesnego uczucia w głębi cewki, ponad spojeniem łonowym.

Bolesność ta przy końcu oddawania moczu bywa w rozmaitym stopniu. Raz przedstawia się ona jako nieprzyjemne uczucie w okolicy wzgórka łonowego, albo ból jest bardzo dokuczliwy, ciągnący i który przechodzi aż do kiszki odходowej, lub przebiega wzdłuż cewki i umiejscawia się jakby tylko w samej żołądzi. Ból ten trwa zaledwie kilkanaście sekund i pozostawia przez czas jakiś w pęcherzu i cewce moczowej, pewne uczucie jakby nacisku tych części. W rzadkich stosunkowo przypadkach brak zupełnie prawie bolesnego uczucia po skończonym urynowaniu.

Jeżeli będziemy przypatrywać się ostatnim kroplom moczu, jakie chory oddaje, to w niektórych przypadkach zauważymy, że są one mętne. Badanie mikroskopowe tych mętnych kropli moczu wykazuje ciała śluzowe i ropne, nabłonek stożkowaty, albo okrągły, niekiedy pojedyncze ciała krwi.

Przy opisanych objawach podrażnienia szyjki, pęcherz żadnego nie przyjmuje udziału, a cała sprawa chorobowa, lokalizuje się w części krokowej cewki moczowej.

Jak widzimy objawy podrażnienia szyjki cechują się: częstem urynowaniem, bólem przy końcu oddawania moczu, niemożnością powstrzymania moczu, a niekiedy mętnieniem ostatnich kropli moczu

2) Objawy zapalenia szyjki pęcherzowej. — Wszystkie objawy, jakie dopiero co podaliśmy, występują i przy zapaleniu szyjki, lecz są one bez porównania silniejsze, a nadto występują jeszcze inne, które natężenie cierpienia znacznie powiększają.

Zapalenie szyjki pęcherzowej występuje prawie zawsze przy ostrem tryprowym zapaleniu błony śluzowej cewki moczowej, nigdy zaś przy zapaleniu przewłękem. Zwykle przed wystąpieniem zapalenia, chory doznaje lekkiego dreszczu, uskarża się na nieznaczny stan gorączkowy, ból głowy i ogólne rozłamanie.

Częstość oddawania moczu niezwykle się powiększa, tak, że zaledwie kilka kropli moczu zbierze się w pęcherzu, a chory ucuwa już potrzebę oddania moczu i to przy objawach gwałtownego parcia. Rzeczywiście dobrze chorzy określają stan swój, że nocnika z ręki prawie nie wypuszczają.



Mocz, przedostając się do cewki kroplami, z niezmiernym bólem wychodzi na zewnątrz. Ból ten jest tak silny, że niektórzy chorzy gwałtem starają się powstrzymać oddawanie moczu, a dla złagodzenia bólu chwytają mocno ręką cewkę moczową i uciskają ją; ból ten jeszcze powiększa się po skończonem urynowaniu. Trudno opisać podobne uczucie, jakiego chorzy wówczas doznają, dosyć powiedzieć, że niektórzy wrażliwsi omdlewiają. Ból ten najbardziej uczuwać się daje w okolicy kości łonowych, przenosi się jednakże do kiszki odchodowej, do okolicy nadbrzuszej, w kierunku kanału pachwinowego, do jąder. Powstaje wówczas uczucie gwałtownego ciśnienia tych części, rozsadzania, trwającego niekiedy kilka lub kilkanaście minut. Chory, zmęczony bólem, pokrywa się potem i doznaje przytem przykrego uczucia w okolicy pęcherza. Ale spokój ten trwa krótko i nowo wydalające się krople moczu wszystkie te objawy przywracają. Jest to rzeczywiście stan niesłychanie przykry dla chorego, który niema chwili spokoju ani w dzień, ani w nocy, chociaż wtedy cierpienia nieco się uspokajają.

Z powodu częstego napierania do oddawania moczu, chory spędza noce bezsennością, a przez to czuje się być mocno osłabionym.

Prawie we wszystkich przypadkach zapalenia szyjki pęcherzowej, gdy chory oddaje ostatnie krople moczu, i podczas właśnie opisanego bólu w tym czasie występującego, zauważyć można że krew wypływa z cewki moczowej albo wraz z moczem, przez co ten ostatni przedstawia się zabarwionym na czerwono, albo też wypływa czysta krew. Ilość krwi wypływającej z kanału jest bardzo rozmaita. W przypadkach zwykłych tylko ostatnie krople moczu bywają zabarwione mniej lub więcej na czerwono, tak, że plamy na koszuli są tylko lekko różowego koloru. W przypadkach cięższych wypływa czysta krew, w ilości od kilkunastu kropli, do łyżki stołowej i więcej. W niektórych przypadkach ilość krwi jest bardzo nieznaczna, ale za to mocz jest śluzowaty, brudno-szarego koloru, ciągnący się i przez czas jakiś po skończonem urynowaniu z cewki wypływający.

Przy badaniu mikroskopowem osadu moczu, który jest w znacznej ilości, mocno ciągnący się, zwykle znajdujemy: bardzo znaczną ilość ciałek ropnych, słuzowych i kulek krwi czerwonych, nabłonek z cewki moczowej z części krokowej i przewodów nasiennych, nabłonek płaski z pęcherza, ciała nasienne, a niekiedy i potrójne fosforany. Mocz zawiera nieznaczne ilości białka, co zależy od obecności w nim ropy. Jak widzimy, objawy zapalenia szyjki pęcherzowej odróżniają się od objawów podrażnienia tejże: daleko częstszem oddawaniem moczu, bardzo silnym bólem po skończonem urynowaniu, rozpromieniającym się do kiszki odchodowej, do pęcherza, do jąder; obecnością mniejszej lub większej ilości krwi, lub śluzo-ropy, po skończonem urynowaniu z cewki wypływających; obecnością białka w mocz.

3) Objawy zapalenia szyjki pęcherzowej i zapalenia pęcherza.—Zwykle przy podrażnieniu szyjki pęcherzowej, sam pęcherz żadnego prawie nie przyjmuje udziału. W stosunkowo nieczęstych przypadkach (jeżeli zachowanie się chorego będzie niewłaściwe, a niemniej i leczenie nieodpowiednie), zapalenie tryprowe szyjki pęcherzowej może się przenieść i na błonę ślu-



zową pęcherza, już to z samego początku istnienia trypra, już gdy okres zapalny znacznie się zmniejszy i wydzielina stanie się z ropnej więcej śluzową.

W podobnych przypadkach objawy zapalenia pęcherza moczowego są rozmaite, co zależy od tego czy nastąpiło przeniesienie zarodka tryprowego w okresie rozwoju trypra, czy też już w okresie kiedy wydzielina tryprowa była śluzową.

Zapalenie pęcherza moczowego zwykle występuje wtedy, gdy przy zapaleniu szyjki pęcherzowej chory podlega rozmaitym wpływom szkodliwym, o których powyżej mówiliśmy. Tak więc prawie w większej liczbie przypadków, do zapalenia szyjki pęcherzowej, po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, przyłącza się zapalenie pęcherza.

Zapalenie pęcherza moczowego może się przedstawić albo jako zapalenie nieżytowe, albo śluzowo-ropne, w wyjątkowych — i wtedy zwykle nieslychanie ciężkich — jako ropne, tryprowe.

Przy p o d r a ż n i e n i u szyjki pęcherzowej, przy niewłaściwym zachowaniu się chorego, występuje zapalenie nieżytowe pęcherza i zmiany anatomiczne są takie same na błonie śluzowej pęcherza, jak i w części przyprątnej cewki, o których wyżej mówiliśmy.

Przy z a p a l e n i u szyjki pęcherzowej, to rozszerzanie się zapalenia na pęcherz daleko łatwiej przychodzi; wtedy objawy ze strony pęcherza są cięższe jak przy zapaleniu nieżytem.

We wszystkich podręcznikach autorowie łączą zawsze tak podrażnienie jak i zapalenie szyjki pęcherzowej z jednoczesnem cierpieniem pęcherza.

Naszem zdaniem jest to niesłuszne. Dokładne i bardzo liczne spostrzeżenia przekonały mnie, że tak podrażnienie jak i zapalenie szyjki pęcherzowej, mogą przebiegać zupełnie samodzielnie, i jak to wyżej przedstawiłem, można ściśle odgraniczyć objawy dwóch powyższych procesów chorobowych, od objawów jednoczesnego zajęcia i szyjki i pęcherza.

Przy jednoczesnem zajęciu i szyjki i pęcherza, wszystkie objawy wyżej podane są bardziej rozwinięte, w wyższym stopniu. Napieranie do oddawania moczu i samo urnowanie jest daleko częstsze, bóle po skończonem urnowaniu są daleko silniejsze i dłużej trwają; przy ucisku okolicy nadłonowej bolesność jest bardzo znaczna, ilość krwi, odpływającej po urnowaniu, jest obfitsza, niemniej ilość śluzu i ropy wówczas wypływającej jest znaczniejsza, tak, że ostatnie strumienie moczu są zupełnie mętne; osad w moczu jest obfitszy i moczu zawiera większe ilości białka, przebieg choroby jest dłuższy. (D. n.)

### III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał D-r. W. Matlakowski, asystent kliniki chirurgicznej.

System opatrywania ran, zwany Listerowskim, oparty został, jak wiadomo na teorii pasożytowej (Germ-theory, Keimtheorie). Wziąwszy sobie za punkt wyjścia pamiętne doświadczenia Pasteur'a, uważa Lister choroby wikłające przebieg ran, jak różę, ropnicę, posocznicę i inne, za następstwo przedostania się



do rany i do krwi niższych organizmów; chcąc temu zarażeniu zapobiedz, podał znakomity professor z kollegium królewskiego sposób, zadaniem którego jest ranę od tych zarodników krążących w powietrzu osłonić, ranę od atmosfery ściśle odciąć, a organizmy, któreby dostać się mogły, zabić odpowiednimi środkami. W ten sposób powstał listeryzm, system opatrywania ran logiczny i konsekwentny, który w stosunkowo bardzo krótkim czasie, dzięki swojej rzetelnie naukowej podstawie i gorącemu krzątaniu się twórcy, zdołał pozyskać szerokie jak świat koło zwolenników, podbić większą część klinik na obu półkulach, a Listerowi jeszcze za życia, zgotować uznanie, wyrazem którego było to gorące przyjęcie, jakiego doznał na zjeździe lekarzy w Amsterdamie. Pomijając nawet podstawę teoretyczną systematu, w oczach praktyków i klinicyстів dawniejszego pokroju listeryzm musiał znaleźć życzliwe przyjęcie, jak tego przykład znajdziemy niżej. Nadzwyczajna, doprowadzona do możliwych granic skrupulatność i sumienność w opatrywaniu, czystość, posunięta do niebywałego stopnia we względzie utrzymania narzędzi, gąbek, materyjału opatrunkowego, rąk operatru—usunięcie od opatrunków felczerów i niższej służby, jako niepojmującej ducha metody i nieprzejętej do szpiku kości zamięłowaniem ochędóstwa, postawienie za kardynalną podstawę spokoju i ochronę rany nie tylko od wszelkich wstrząśnień, lecz i od częstego opatrywania, staranność w usiłowaniach o dopięcie *primae intentionis*, zużytkowanie na szeroką skalę Chassaignac'owskiego drenowania, wzorowy dobór odpowiednich materyjałów — to były zalety któremi walczył system Listera. W trop za temi przepisami poszły wyborne ilustracje, przekonujące najsilniejszych niedowiarków, a temi były niesłychane dotychczas wyniki najcięższych nawet operacyj. Rozwój wypilowań wewnątrz stawowych i *in continuitate*, operacja Ogston'a, (przy *genu valgum*), wypilowywanie k. skokowej (*tali*) przy stopach koszlawych, drenowanie stawu kolanowego, operacje przecięcia ścian brzusznych, drenowanie jamy opłucnej—z wyzdrowieniem zupełnem, stały się rzeczami codziennymi. Przeczytajmy obawy starych chirurgów przy otwieraniu stawów, torebek maziowych, łączących się ze stawami, pochewek ścięgniętych, higromatów, ropni napływowych; przypomnijmy sobie ich sposoby w celu niedopuszczenia powietrza. Lecz to nie wszystko, *prima intentio*, ów ideał gojenia, stała się sprawą zwykłą, nawet po większych amputacjach i wypilowaniach. Złamania powikłane otworzyły szerokie pole dla chirurgii prawdziwie zachowawczej. Wreszcie przeciętne trwanie sprawy gojenia po operacjach uległo skróceniu. Przypomniemy sobie pierwsze wieści, przychodzące z Europy, przyjmowane one były u nas z niedowierzaniem; tak różne były wyniki, do jakich myśmy się przyzwyczaili. W żywej pamięci pozostają mi operacje, przebieg, zejścia i opatrunki na klinice prof. Girsztowta. Ropnica i posocznica, róża i postępowe ropienie, smrodliwa wydzielina i dwukrotny na dzień opatrunek, szarpia i cuchnące gąbki, oto smutne wspomnienie obok świetnych nieodżałowanej pamięci lekcji tyle zasłużonego profesora, który następnie pierwszy u nas wprowadził ściśle opatrunek Listera. Piszący te słowa nie widział na wspomnionej klinice ani jednego wycięcia jajnika zakończone wyzdrowieniem. A nie tylko u nas tak było. Paryżkie szpitale, wiele klinik niemieckich (np. w Monachium), sławne były ze swej przerażającej śmiertelności. Trzeba wziąć wykazy statystyczne np. Schede'go (1) aby przekonać się nao-



cznie o różnicach w zejściu. Szkoła operatorów francuzkich drugiej połowy zeszłego i pierwszej bieżącego stulecia zachwycała świetną biegłością i mistrzowską techniką. Listerowi i Niemcom należy się chwala, że dowiedli, iż jeszcze większem zadaniem chirurga jest opatrywanie, t. j. wyzdrowienie operowanego. To też sprawiedliwie Bruns (2) mówi, że ograniczenie śmiertelności stanowi niewątpliwą i nieśmiertelną zasługę Listera.

W takich warunkach listeryzm szybko upowszechnił się w chirurgii, choć nie wszędzie równie szybko i równie powszechnie. Skreślenie obrazu szerzenia się tej metody nie leży w zakresie tej pracy. W krótkości tylko zauważymy, iż chociaż twórcą metody był Anglik, palma pierwszeństwa przypada Niemcom w udziale. Fakt ten jest dla nas zupełnie jasny. Nie mówiąc o właściwej głębokości i gruntowności pracowników tego narodu, jako też rozmiłowaniu się w pracach, związanych z rozwojem studyjów teoretycznych, złożyły się na to i inne warunki, a mianowicie: dziesiątki profesorów i pracowni z całym legijonem asystentów i prywat-docentów, dla których naukowe badanie stało się niemal professyją, zadaniem życia, a którzy, że tak rzekę, czyhają na każdą kwestyję, by ją podnieść i zbadać; dalej obszerne studyja botaniczne, przy których błyszczący nazwisko pierwszego mikologa naszych czasów: De Bary'ego, a które czekały wraz z pracami Naegeli'ego, Cohn'a i innych na praktyczne zużytkowanie, rozwój pojęć o parazytaryzmie w dziedzinie patologii, który wyczekiwał na wszelkie fakta, mogące potwierdzić lub wesprzeć jego wywody (szkoła Klebsa). To też robota w Niemczech poszła rażno dwiema drogami. Z jednej strony posypały się sprawozdania z klinik Langenbeck'a, Wilms'a, Bardeleben'a, Billroth'a, Volkmann'a, Esmarch'a, Nussbaum'a, Koenig'a, Hueter'a, Thiersch'a, które faktami wykazały wyniki metody przeciwnilnej. Z drugiej poszedł cały szereg prac teoretycznych, związanych z tąż metodą. Bo aczkolwiek metoda sama opartą została na doświadczeniach Pasteur'a i innych, to jednak była ona raczej teoretyczną syntezą, niż łańcuchem wywodów, opartych na doświadczeniu. Niemcy zabrali się do doświadczeń, które miały ostatecznie ugruntować znaczenie każdej ze składowych części systematu Listerowskiego. Kilka nadzwyczaj ostrych wypadków posocznicy, pomimo użycia najsurowszej antyseptyki Listera, wydarzonych na klinice Billrotha, daje pochop Frisch'owi (3) do zbadania gąbek i jedwabiu, używanego na wymienionej klinice, a badania te doprowadzają go do ciekawego odkrycia grzybków nawet w gąbkach moczonych w 5% roztworze karbolowym i w jedwabiu. Szuka tedy pewniejszych sposobów zniszczenia zarodków bakteryj i podaje, że 3 godzinne gotowanie jedwabiu w 5% roztworze karb. lub 4 godzinne ogrzanie w tymże płynie do 140°C wystarcza do zabicia zarodków. Co się tyczy gąbek, to pozbycie się zarodników jest nadzwyczaj trudne. Doświadczenia pokazały, że suche świeżo kupione gąbki, jak to zwykle, się robi przed wielkimi operacyjami, są równie niebezpieczne jak i te, które na klinice się już znajdowały. Aby je pozbawić zarodków grzybkowych, F. radzi świeże gąbki wymoczyć przez kilka dni w czystej wodzie, a przez to rozwój tychże wywołać; a wtedy zamoczyć je na 8—14 dni w 5% roztworze karbolu. Następnie powtórzyć tę procedurę jeszcze raz, a potem trzymać gąbki tak przygotowane w naczyniu szczelnie zamkniętem, pogrążone w 5% roztworze, często odmienia-



nym. Przed użyciem gąbki winny być brane wprost z roztworu; w żadnym razie nie należy trzymać gąbek wyżętych na powietrzu, znowu bowiem nasycają się zarodnikami. W ogóle ogrzewanie do wysokiej ciepłoty i rozwój zarodników w płynach rozrodczych (Nähr—lub Züchtungsfüssigkeit) nie sprzyjających, np. czysta woda, prowadzi do rozcieńczenia, zubożenia i niepłodności (Stärilizirung), poczem łatwiej już dają się zabić roztworem kw. karb. W ogóle doświadczenia dowiodły, że zniszczenie grzybków jest nadzwyczaj trudne, obdarzone są bowiem trudną do uwierzenia wytrzymałością, tak np. Czerny dowiódł o jedwabiu, że ani zwykle mycie kw. karb., ani dłuższe moczenie w nim, nie zapobiega wywiązywaniu się grzybków, po włożeniu jedwabiu do Pasteur-Bergmann'owskiego płynu rozrodczego. Z doświadczeń Wernich'a wypływa, że gorąco 140—150°C w ciągu 2 minut nie niszczy zarodków grzybkowych. To samo stwierdzają próby Buchholtz'a i Nägeli'ego. Dodajmy do tego, że niedosyć jest zniszczyć niższe organizmy w materiałach używanych, należy jeszcze starannie je przechowywać, co z powodu lotności środków dezynfekujących jest w najwyższym stopniu trudnem. I tak np. Zweifel dowiódł, że przy niedokładnem przechowaniu katgut, rozwijają się w nim bakteryje massami. To samo stosuje się do gazy karbolowej. Badania Martini'ego i Kaufmann'a okazały, że muślin karbolowy, w najlepszem opakowaniu po 3½ miesiącach, zamiast przypuszczalnych 10% kw. karb. posiadał tylko 0,91, choć był wprost z Londynu *ad hoc* sprowadzony. To otwiera oczy na nowe ostrożności, jakie chirurg winien mieć na uwadze w swej walce z nieskończone małymi wrogami. Wielu też chirurgów używa jedynie muślinu, przygotowanego nie w fabrykach, lecz u siebie na klinice, dla większej pewności.

Ideąłem opatrunku jest oprawa taka, której by niepotrzeba było zmieniać zupełnie, aż do ostatecznego zagojenia rany. W tym celu najprzód Trendelenburg, a następnie Neuber (4) <sup>1)</sup> podali zamiast drenów kauczukowych, rurki z kości, pozbawionych soli wapiennych, które zastawione w ranie zdolne są do wessania, a tem samem umożliwiają jak najdłuższe pozostawienie rany pod pierwszym opatrunkiem. Neuber na poparcie przytoczył 191 rozmaitych operacyj z kliniki Esmarch'a, z których w 143 nastąpiło zagojenie pod jednym opatrunkiem, bez gorączki i bez ropienia.

Hallwachs (11), a za nim Rosenberger (12), przedsięwzięli cały szereg ciekawych doświadczeń o zachowywaniu się ciał obcych, organicznych, jak gąbki, pęczki nitek jedwabnych, lub kawałków organów z innego zwierzęcia, przeniesionych do jamy otrzewnej pod ochroną opatrunku Listera <sup>2)</sup>. Cały szereg prac podjęto nad zbadaniem nowych środków przeciwnilnych, w celu zastąpienia kw. karb., jako niezbyt obojętnego dla organizmu, a miejscowo wywołującego czasami nieprzyjemne podrażnienie skóry. Znane są środki dawniej proponowane: kwas salicylowy, kwas borny, tymol. W ostatnich czasach Maass (9) prof. z Freiburg

---

<sup>1)</sup> Streszczenie Dr. Jasińskiego w *Kronice Lekarskiej*, Nr. 8, 1880 r. i moje *Medycyna* Nr. 14 1880 r. do którego ciekawych odselamy.

<sup>2)</sup> Prac tych streszczeniem zajmuje się Dr. Jawdyński dla *Gazety Lekarskiej*, a przeto ograniczam się tu na krótkiej wzmiance.



g'a radzi bardzo użycie octanu glinu (*acetat aluminium*), którego roztwór 3% powstrzymuje rozwój bakteryj; szereg dużych operacji, wykonanych pod spray'em, z octanem glinu i odpowiednim opatrunkiem dał zupełnie zadawalniające wyniki.

Drugi szereg prac dotyczy zastosowania i rozciągnięcia metody Listera do chirurgii wojennej (Bruns i Esmarch), do leczenia oparzeń, do operacji katarakty i t. p. <sup>1)</sup> (D. c. n.)

## O pozornej kastracji kobiety.

Podał Dr. St. Kondratowicz.

Od czasu wykonania po raz pierwszy w r. 1872 prawie jednocześnie przez Hegar'a i Batteya wyluszczenia jajników nie zwyrodnionych, czyli tak zwanej kastracji kobiety, operacja ta była wykonywaną przez wielu ginekologów i chirurgów z rozmaitym skutkiem, tak pod względem zejścia, jakoteż, co ważniejsza, pod względem jej skuteczności, to jest wpływu na cierpienie, z obecności którego czerpano wskazanie dla zastosowania wzmiankowanej operacji. Pomimo to jednak, dotychczas jeszcze nie ustalono wskazań dla tej operacji, która pod względem niebezpieczeństwa idzie na równi z innymi operacjami, wykonywanymi w jamie brzusznej. Ta właśnie kwestya wskazań dla kastracji została w ostatnich czasach w sposób drastyczny podniesioną przez Dra Israel'a z Berlina i wywołała replikę głównego obrońcy kastracji, t. j. Hegar'a z Freiburga. Rzecz się miała w sposób następujący. W końcu Listopada r. z. przybyła do żydowskiego szpitala w Berlinie chora Berta Perlman, alias Kantorowicz, urodzona w okolicach Kowna, 23 lat wieku mająca. W 15 roku życia dostała po raz pierwszy regularności, która niedługo zatrzymała się i powróciła dopiero po upływie 2-ech lat, ale od tego czasu począwszy, przychodziła już prawidłowo. Jednocześnie z powrotem regularności wystąpiły wymioty po każdym jedzeniu, które z początku ograniczały się jedynie do czasu samego miesiączkowania, później jednak występowały i w przerwach między peryjodami, po każdym jedzeniu, a przeważnie po przyjęciu pokarmów płynnych. Do tego przyłączyły się silne bóle w okolicy jajnika lewego, oraz napady bicia serca. Cierpienia te ciągle się wzmagaly i doprowadziły chorą do stanu silnego wycieńczenia sił. Po upływie 1½ roku udała się o poradę do jednego z lekarzy w Królewcu. Ten stosował przez pewien czas w rozmaity sposób metodę wzmacniającą, ale bezskutecznie, i ostatecznie polecił chorej udać się do ginekologa, który, uznawszy przyrząd płciowy za punkt wyjścia choroby, przeciwko niemu zwrócił całą terapiję, lecz nie otrzymawszy żadnego polepszenia, uznał, że nie pozostaje nic innego do zrobienia, jak wyluszczenie obu jajników i poradził chorej by się zwróciła w tym celu do prof. Hegar'a do Freiburga. Chora jednak udała się na kuracyję do Franzensbadu. Gdy jednak ta kuracyja nic nie pomogła, udała się do jednego z berlińskich ginekologów, który także doradził chorej kastracyję i polecił jej udać się do Hegar'a. Chora była wtedy tak osłabioną, że pewnego razu zemdlala na ulicy i ztąd przewieziono ją do jednego ze szpitali berlińskich. Tutaj także, zatem już z trzeciej strony, zalecono jej kastracyję, ale ponieważ chora nie mogła się zdecydować na tę operacyję, przeto spróbowano jej pomódz przez odjęcie części pochwowej macicy, co także okazało się najzupełniej bezskutecznem. Następnie przeniesiono chorą do oddziału wewnętrznego w tymże szpitalu i tam skierowano głównie leczenie przeciw żółdtkowi; poczęto mianowicie stosować wypompowywanie i elektryzowanie. Gdy to także nie przyniosło żadnego pożytku, wyprawiono

<sup>1)</sup> Liczby pomieszczone w nawiasach przy nazwiskach autorów odnoszą się do ich prac, których tytuły podane będą na końcu artykułu.



chorą znów do Franzensbadu. Tam trzech lekarze (a zatem razem już sześciu), radzili chorej by się poddała kastracyi. Dziesięcioletniowy pobyt w Franzensbadzie wpłynął jednak nieźle, objawy nieco się uspokoiły i stan ogólny się polepszył. Niezadługo jednak wymioty, bóle jajnikowe i napady bicia serca powróciły z jeszcze większą mocą; chora udała się po radę do jednego z gynecologów, ten gorąco jej polecił kastracyję, czem wreszcie przekonana, przybyła 8 Listopada r. z. do szpitala żydowskiego, do oddziału Dra Israel'a, żądając koniecznie wykonania wspomnianej operacyi.

Chora przedstawiała się w tym czasie w sposób następujący: skóra i błony śluzowe blade, pokład tłuszczowy dobrze rozwinięty, płuca, serce i nerki zdrowe. Okolica żołądka nieco wydatna i na ucisk bolesna. Przy ucisku brzucha nad lewą pachwiną, w okolicy jajnika, chora doświadcza nadzwyczaj silnego bólu, Przy śledzeniu przez pochwę można skonstatować brak części pochwowej, macica zresztą przedstawia się zupełnie prawidłowo. Lewy jajnik bardzo bolesny na dotyk, ale całkiem ruchomy i tak co do wielkości, jakoteż i co do konsystencji— prawidłowy. Prawy jajnik mało bolesny, ale jest większy i twardszy, leży bardzo blisko macicy, i jest z nią połączony za pomocą bardzo wydatnego tęgiego pasemka. Podczas regularności objawy chorobne nie ulegają pogorszeniu.

Rozpoznanie postawiono jako ciężką formę hysteryi, zależną od cierpień miejscowych przyrzędu płciowego. Co do leczenia, to przedewszystkiem uregulowano dyjetę i zabroniono chorej pokarmów płynnych; do wewnątrz poczęto stosować środki zmniejszające wrażliwość odruchową, jako to: bromek potassu, atropinę, wodan chloralno, wreszcie zastosowano i przepłukiwanie żołądka wodą karlsbadzką, ale wszystko nadaremnie.

W takim rzeczy położeniu Dr Israel oznajmił chorej, że musi się ona poddać kastracyi, na co chora z ochotą się zgodziła, twierdząc, że będzie to tylko spełnieniem gorących jej życzeń, gdyż przekonana jest, że tylko podobna operacyja może ją wyleczyć z uciążliwych cierpień. Dnia 31 Grudnia r. z. przystąpiono więc do operacyi, z zachowaniem wszelkich przepisów metody przeciwnilnej, chorą zchloroformowano; ale pod chloroformem, zamiast wyciąć oba jajniki, zrobiono tylko cięcie skórne wzdłuż linii białej (bez przecinania otrzewnej), i na to cięcie nałożono szwy, poczem założono opatrunek przeciwnilny, otrzeźwiono chorą i przeniesiono ją na łóżko. Chora była pewną, iż operacyja została dokonana; przez trzy pierwsze dni po tej pseudo-operacyi doświadczała silnych bólów całego brzucha, przy najmniejszym dotknięciu, tak, że przez cały ten czas musiała utrzymywać na brzuchu pęcherz z lodem. Wystąpiło zatrzymanie moczu, który dopiero po upływie 2ch dni chora mogła dobrowolnie oddawać, chociaż z boleściami i z wydymaniem. Podczas pierwszej doby wymiotowała obficie płynem zielonawym (w skutek chloroformowania), później wymioty przychodziły rzadziej, aż wreszcie począwszy od 8go dnia ustały zupełnie, chociaż chora coraz więcej przyjmowała pokarmów. Również zniknął zupełnie i ból jajnikowy i chora czuła się zupełnie zdrową. Dr Israel widywał chorą do połowy Marca, to jest przez 10 tygodni po operacyi i przez cały ten czas wymioty się nie powróciły. Wypadek ten był przedstawiony w berlińskim towarzystwie lekarskiem, a opis jego pomieszczony był w Berliner klinische Wochenschrift (Nr 17, 1880, p. 242 seq.).

Otóż, w uwagach epikrytycznych nad tym wypadkiem, autor zastanawia się szczegółowo nad wskazaniem do kastracyi, jakie postawił Hegar i wykazuje, że wszystkie dane, a przez niego wymagane, znajdowały się w danym wypadku, mianowicie: 1) pewne zmiany anatomiczne w samych jajnikach (przewlekłe zapalenie, zwyrodnienie torbielowate w bardzo małym stopniu, zmiany mięszsu jajnika), przedstawiał jajnik prawy, a po części i lewy, który chociaż nie był dotykalnie zmienionym, jednak silne bóle, jakie w nim miały siedlisko, niewątpliwie przemawiały za pewnymi zmianami chorobnymi; 2) następstwa cierpienia miejscowego, tak zwane neurozy odruchowe (aphonia, kaszel, astma, wymioty i t. d.),



którym Hegar przyznaje główną rolę w obrazie chorobowym, istniały także w postaci nerwobólów jajnikowych, oraz neurozy odruchowej, wyrażającej się przez uporczywe wymioty. Ale Hegar, przy stawianiu wskazań, nie zadawałniam się jedynie wykazaniem współobecności neurozy i choroby jajnika, lecz doszukuje się zawsze związku przyczynowego między temi dwoma stanami i między dezyderatami w tym względzie stawia występowanie neurozy dopiero w czasie, w którym jajnik należycie funkcjonuje, t. j. w latach rozwoju płciowego, oraz zachowanie się pewnego typu, mianowicie że przynajmniej w początkach objawy neurozy występują wyłącznie podczas regularności; później typ ten coraz bardziej się zaciera. Wypadek o którym mowa, w zupełności czyni zadosyć powyższym dezyderatom, ponieważ: 1) neuroza pojawiła się jednocześnie z wystąpieniem regularności po dwuletniej przerwie; 2) wystąpienie wymiotów przypadło współcześnie z wystąpieniem nerwobólu jajnikowego, 3) neuroza z początku stosowała się do typu miesiączkowania i typ ten później dopiero zagał, wreszcie 4) nie można było wynaleść innej podstawy anatomicznej dla cierpienia nerwowego, oprócz zmian w jajnikach. Jako jeszcze jeden dowód, że wypadek powyższy najzupełniej odpowiada wskazaniom, wymaganym przez Hegara dla kastracyi, służy i ta okoliczność, że tak wielu lekarzy, między którymi byli i znakomici gynecologowie, rzadko jednoznacznie chorej, by się poddała tej operacyi. Fakt więc, że sam pozór wykonania operacyi, to jest wrażenie psychiczne, jakiemu chora uległa, w skutek mniemania że operacyja dokonana została, wystarczył dla sprowadzenia ostatecznego wyleczenia, mocno narusza podstawy, ustalone przez Hegar'a dla kastracyi, i powinien by wpłynąć na rozważniejsze stawianie wskazań dla wyluszczenia jajników w celu wyleczenia hysterycznych neuroz, oraz na bardziej sceptyczną ocenę rezultatów leczniczych otrzymywanych na tej drodze, tembardziej, że w obecnych czasach ogólny prąd, panujący w gynecologii, pobudza do śmiałych prób na drodze operacyjnej. Naśladowcy Hegar'a poszli dalej; ponieważ polecają kastracyję w ciężkich formach hysterii, nawet w takich razach, jeżeli żadnych obiektywnych zmian nie można wykazać w jajnikach. Tu się odnoszą wypadki, ogłoszone przez Schücking'a (Centr. f. Gyn., 1879, Nr. 20), i przez Welponer'a (Wien. med. Wochenschr. 1879, Nr. 30). — W pierwszym z tych wypadków nawet badanie mikroskopowe nie wykryło żadnych zmian w wyluszczonych jajnikach.

Z drugiej strony tenże sam fakt dowodzi, że przy leczeniu cierpień hysterycznych nie tylko należy wpływać na przyrząd rodny, ale i na drugi bardzo ważny czynnik, mianowicie na sferę umysłową.

Samo się przez się rozumie, że ciós, tak stanowczo zadany teoryjom Hegar'a, musiał wywołać z jego strony odpowiednią obronę. Jakoż w Nr. 26 Berliner Klinische Wochenschrift, pomieścił on artykuł, noszący tytuł: „Zur Castration bei Hysterie“, w którym przedewszystkiem zaprzecza, aby kiedykolwiek hysterję stawiał jako wskazanie dla kastracyi i tylko w jednej ze swoich prac, odnoszących się do tej kwestyi, wspomina o „hysteroepilepsyi“, a następnie streszcza swój pogląd na samą hysterję. Pod tem mianem należy rozumieć, według obecnych pojęć, takie cierpienie wszystkich oddziałów układu nerwowego, którego przyczyny mogą być bardzo rozmaite, jak: dziedziczność, bładaczki, przewrotne wychowanie, stany osłabienia ogólnego po ciężkich chorobach, dalej — dosyć często, chociaż wcale nie wyłącznie, jak dawniej sądzono — procesa patologiczne w obrębie narządów płciowych. W wielkiej liczbie wypadków związek jest tego rodzaju, że ogólna neuroza ma za główne tło przyrząd płciowy dla tego, iż on przedstawia *locus minoris resistentiae*. O kastracyi wtedy tylko może być mowa, jeżeli cierpienie ogólne zależy wyłącznie, albo głównie, od cierpienia przyrządów płciowych co zresztą bardzo trudno wykazać; przy tem bardzo jest też problematycznym czyli na tej drodze można otrzymać zupełne wyleczenie, ponieważ tylko w wypadkach zadawnionych i bardzo uporczywych chore zga-



dzają się na operację. Dla tego też Hegar nie zalicza wcale hysterii do rzędu wskazań dla kastracji. Zupełnie inaczej rzecz się ma z neurozami konsensuelnymi lub refleksyjnymi, nie hysterycznej natury, a mającymi za punkt wyjścia przyrząd rodny, chociaż i tu wykazać zawsze należy, iż zachodzi ścisły związek pomiędzy neurozą a cierpieniem przyrządu płciowego. Jako znaki rozpoznawcze służą w tym względzie następujące dane: cierpienie powstaje w okresie rozwoju płciowego, jednocześnie z zaburzeniami funkcjonalnymi, zależy ono od pewnych okresów zwiększenia czynności przyrządu płciowego, jak: regularności, zamężcia, porodu, połogu. Nasilanie się lub zwalnianie objawów neurozy jest w ścisłym stosunku ze zwiększaniem się lub zmniejszaniem zmian anatomicznych i objawów, zależnych bezpośrednio od procesu miejscowego. Przed wystąpieniem napadu neurozy, ujawnia się pewna *aura* w obrębie organów płciowych. Napad poczyna się po tej stronie, po której znajduje się cierpiący organ. Specyjalne objawy dają się usunąć częściowo, lub w całości, za pomocą pewnych rękoczynów terapeutycznych, jak zmiany położenia, ucisku, założenia wianka i t. p. Wreszcie można wykluczyć wszelkie inne przyczyny neurozy.

Prócz tego, zanim się przystąpi do wykonania kastracji, trzeba ściśle zbadać czy jajniki grają jaką specjalną rolę między przyczynami neurozy, i czy zaprzestanie jajkowania wpłynie na usunięcie cierpienia.

Co się zaś tyczy wypadku Dr. Israela, to Hegar ostatecznie wypowiada zdanie, że o ile może sądzić z samego opisu, to kastracja nie była wskazaną i on sam w podobnym wypadku by jej nie zalecał. Wreszcie robi uwagę, że chociaż podobne wyleczenia, za pomocą bardzo silnego wzruszenia umysłowego, wcale nie są rzadkością, to jednak trwałość ich podlega wątpliwości, a w każdym razie na podobnych podstawach nie podobna oprzeć racjonalnej terapii.

Ta polemika naukowa powikłana została w sposób dosyć drażliwy przez przymieszkę kwestyj osobistych. W 20 Nr. pisma: *Centralblatt für Gynäkologie* (p. 485), podano streszczenie wypadku, opisanego przez Dr. Israela i to streszczenie redaktor pisma opatrzył małym dopiskiem: „że chora wcale nie przestała wymiotować“. Na tak kategoryczne zaprzeczenie prawdziwości obserwacji Dr. I. odpowiedział listem (*Centr. f. Gyn.* Nr. 22) w którym objaśnia, że sam, wraz ze swym asystentem Dr. Sommerfeld'em, obserwował chorą ściśle podczas jej pobytu w szpitalu, i że począwszy od 8 dnia po operacji wymioty ani razu się nie powtórzyły, co stwierdza dozorczyńni, która się chorą opiekowała, a wreszcie i sama chora, która, już po wyjściu ze szpitala przez ciąg 2½ miesięcy po operacji, zasięgała jeszcze rady Dr. I. Co się po tem stało o tem Dr. I. nie wie; być może że za pośrednictwem którego z pism berlińskich chora dowiedziała się iż operacja była tylko pozornie dokonaną, a że należy ona do rzędu tych hysteryczek, które dumne są z tego że podlegają rzadkiej i dziwacznej chorobie i że wytrzymały tak ciężką operację, przeto nie dziwnego że po rozwianiu się tych illuzyj cierpienia nerwowe na nowo wystąpić mogły.

Dr. Fehling (redaktor *Centralblatt'u*) objaśnił w tymże samym Nr., że twierdzenie swoje opiera wprost na zeznaniach chorej, którą badał w klinice prof. Hegar'a, dokąd chora przybyła. Oświadczyła ona iż wcale nie przestała wymiotować po operacji, lecz bojąc się by jej nie wypisano ze szpitala, wymiotowała pod kołdrę.

Nareszcie w jednym z ostatnich Nr. *Berl. Klin. Woch.* (48 — z d. 29 Listopada) ukazał się znów artykuł Hegar'a, noszący tytuł: „Zur Israel'schen Castration“, w którym tenże donosi, że chora, pseudo-operowana przez Dr. Israela, przybyła do niego na klinikę dnia 16 Czerwca i że została poddana ściślemu badaniu aż do dnia 22 Sierpnia. Rezultat tego badania jest szczegółowo opisany, ale prawie w niczem nie różni się od opisu pierwotnego — tak co się tyczy objawów nerwowych, jako też i miejscowego stanu części płciowych. Na jedną okoliczność warto przytem zwrócić uwagę, to jest na to, że bez względu na tak



długie trwanie nieustających wymiotów, stan ogólny chorej wcale nie jest złym, tak, że nawet Hegar przyznaje iż wcale jej nie można nazwać chudą.

Co się tyczy rozpoznania, to Hegar stanowczo wyklucza hysteryję. Przyznaje zaś że jest miejscowe cierpienie części płciowych, wyrażające się jako zapalenie około jajnikowe, i około maciczne i będące przyczyną całego kompleksu zjawisk nerwowych, powstających na drodze odruchowej.

Różnice poglądu swego od poglądu Israel'a Hegar uważa za bardzo istotne i streszcza je w sposób następujący: nie ma żadnych zjawisk, któreby upoważniały do przyjęcia że w danym wypadku istnieje zwykła hysteryja, a tem bardziej ciężka jej forma. Chora cierpi na poważne zajęcie narządów płciowych, opierające się dotychczas wszelkiemu leczeniu. Również i zaburzenia funkcjonalne narządu płciowego, wyrażające się przez przyspieszone, bolesne i długotrwałe miesiączkowanie, są bardzo poważne. Bóle lewej okolicy brzucha odnieść należy do cierpienia, mającego swe siedlisko w małej miednicy. Wymioty są objawem odruchowym, zależnym od bezpośredniego podrażnienia otrzewnej.

Ostatecznie więc Hegar utrzymuje, że w danym razie istnieją wszelkie wskazania dla kastracyi, na zarzuty zaś dla czego nie przystąpił do operacji, pomimo iż uważał ją za wskazaną i że chora domagała się tego? — odpowiada w sposób następujący. Przedewszystkiem układ nerwowy nie jest wcale jeszcze tak zajęty, by nie można się spodziewać wyleczenia po usunięciu przyczyny złego; dla tego też najpierw trzeba chorą poddać długotrwałemu leczeniu, skierowanemu przeciwko przewlekłemu, zapaleniu otrzewnej. Dla rozmaitych innych przyczyn (reparacje klinik podczas wakacyj) nie mógł chorej zatrzymać na klinice, ale zarazem oświadcza że w danym wypadku nie przystąpiłby wcale do operacji, dla względów innego rodzaju, mianowicie dla zbyt wielkiego rozgłosu, nadanego temu wypadkowi w dziennikach nie lekarskich. W razie zejścia nie pomyślnego niewątpliwie pojawiłoby się wiele artykułów polemicznych, które by mogły szkodliwy wpływ wyrzucić na przyszłość samej operacji, tem bardziej że nawet gdyby chora po kastracyi została wyleczoną z wymiotów, jeszcze znaczna część niedowierzającej publiki mogła by podawać w wątpliwość prawdziwość wyleczenia opierając się na poprzednich kłamliwych zeznaniach samej chorej.

Wypadek powyższy, według naszego zdania, stanowczo wykazuje jak chwiejne są wskazania do kastracyi, kiedy właśnie jeden z pierwszych zwolenników tej operacji nie odważył się zastosować jej w danym razie i ta okoliczność jeszcze więcej może wpłynąć na zachwianie przyszłości samej operacji, aniżeli gdyby po jej zastosowaniu nastąpiło w danym wypadku zejście niepomyślnie. Cofnięcie się operatora przed względami wcale nie lekarskiej natury może być poczytanem za brak wiary w wygłaszane przekonania. Z drugiej strony różnienia, jakie Hegar przeprowadza między hysteryją a neurozami odruchowymi, wcale nie są jasno i przekonująco wypowiedziane, tak że czytając uważnie wszystkie cytowane wyżej prace, wydaje się dziwnem że na podstawie opisu Israel'a, Hegar oświadcza iż kastracyja nie jest wskazaną, zaś we własnej pracy, przytoczywszy prawie też same dane — jakie podaje Israel — dochodzi do wniosku, że w danym razie nie było hysteryi, lecz neuroza odruchowa i że kastracyja była wskazaną.

Już podczas drukowania niniejszego Nr. *Gazety Lekarskiej*, otrzymałem Nr. 51 Berl. Kl. W., w którym znów znajduje się odpowiedź Dr. I. (*Zur Abwehr der Angriffe gegen die Scheincastration*), napisana bardzo umiarkowanie i ściśle naukowo. Autor wykazuje w niej sprzeczność między pierwszym i drugim zdaniem Hegar'a, pomimo iż dane, na których tenże się opierał, były prawie identyczne, oraz zaznacza fakt cofnięcia się głównego rzeczownika kastracyi przed względami wcale nie lekarskiej natury.



## O naciąganiu (elongatio) nerwów przy *tabes dorsalis*.

Wiadomo, iż naciąganie nerwów daje dobre wyniki przy nerwobólach. Wychodząc z zasady, iż bóle strzelające (*dolores fulgurantes*), istniejące w *tabes dorsalis*, nie są niczem innym jak nerwobólem pochodzenia rdzeniowego, Niemcy wpadli na myśl naciągania nerwów w obrębie których pojawiają się wzmiankowane bóle. Pierwszy podobną operację dokonał przed rokiem Langenbuch (Ueber Dehnung grossen Nervenstämme bei *Tabes dorsalis*, Berl. klin. Woch. 1879, Nr 48). Od tego czasu powtórzono ją za granicą jeszcze 4 razy, a mianowicie: wykonał ją, idąc w porządku chronologicznym, Esmarch (Zur Nervendehnung bei *Tabes dorsalis*.—Deutsch. med. Woch. 1880, Nr 19), Erlenmeyer (Zur Dehnung grosser Nervenstämme bei *Tabes dorsalis*.—Centralblatt f. Nervenheilkunde. 1870, Nr 21) i Debove-Gillette (Progrès médical 1880, Nr 50 i 52). Wyniki są następujące. Langenbuch naciągnął nerw kulszowy (*n. ischiadicus*) i udowy (*n. cruralis*) lewy; bóle przedtem tak gwałtowne, iż ich żadnym środkiem nie można było uśmierzyć, ustąpiły natychmiast po operacji, w całym obrębie naciągniętego nerwu.

Esmarch, w przypadku w którym prof. Quincke rozpoznał *tabes dorsalis*, ponieważ bóle najgwałtowniejsze były w przedramieniu, naciągnął silnie nerwy w dole pachowym. Wynik był wyśmienity, albowiem bóle znikły nietylko w kończynach górnych, ale i w dolnych. W obydwóch przytoczonych przypadkach, do operacji wzięto się jedynie dla usunięcia dokuczliwych bólów. Prócz jednak tego skutku, najnie spodziewaniej osiągnięto i inny, a mianowicie, w obydwóch ustąpiła po naciągnięciu, istniejąca przedtem *ataxia*. Jest to tem dziwniejsze, iż o ile wnieść można z opisu, cierpienie nie było początkujące (*tabes incipiens*), lecz daleko posunięte. Takie bowiem objawy, jak: *ataxia*, znieczulenie, *myosis*, występują dopiero wtedy, gdy cierpienie od dawna już istnieje, gdy zapalenie pęczków tylnych rdzenia kręgowego wywołało już zwyrodnienie elementów nerwowych. Bardzo łatwo więc, nasuwa się na myśl powątpiewanie, czy rzeczywiście w przypadkach Langenbucha i Esmarcha istniejące bóle i *ataxia* zależały od cierpienia rdzenia kręgowego. Rozstrzygnięcie tego pytania (na co nie długo czekać będziemy, gdyż wypadek rozbioru pośmiertnego przypadku Langenbucha ma wkrótce ogłosić Westphal), będzie ważnem, okaże bowiem: 1) albo że objawy podobne do *tabes (symptomata tabetiformia)*, jak: bóle strzelające i *ataxia*, mogą zależeć od innego rodzaju cierpienia, a mianowicie zewnątrz-rdzeniowego (jak np. nerwów obwodowych), nie koniecznie więc, jak dotychczas przyjmowano, od zajęcia części pęczków tylnych rdzenia kręgowego, przez które przechodzą korzenie nerwów czuciowych (*pars radicularis funiculi posterioris medullae spinalis*); 2) albo też, że naciąganie nerwów usuwa bóle strzelające i *ataxię* nawet przy istniejącem już zwyrodnieniu tejże części rdzenia. Czy w jednym, czy w drugim kierunku nastąpi to rozstrzygnięcie, zawsze będzie ono miało niezwykle doniosłość kliniczną.

W 3cim przypadku, idąc z kolei, w przypadku Erlenmeyera, naciągnięto obydwa nerwy kulszowe. I w nim cierpienie datowało się już oddawna, bóle strzelające przychodziły już rzadko, bo tylko przy wilgotnem powietrzu i większem ciśnieniu barometrycznem, chory znajdował się w okresie porażenia (*stadium paralyticum*), nie mógł stać, chodzić, pęcherz moczowy miał porażony. Tutaj, zabierając się do operacji, nie miano na myśli, jak w dwóch poprzednich przypadkach, usunięcia bólów, bo takowe, jak powiedzieliśmy, pojawiały się rzadko, lecz chcieli usunąć *ataxię*, umożliwić choremu stanie, chodzenie. Jedynym skutkiem operacji w tym razie, było stanowcze zwiększenie siły mięśniowej. Na *ataxię*, znieczulenie skóry, brak odruchów ścięgniętych, operacja nic nie wpłynęła. Mimo to jednak i tu naciąganie nerwów nie zostało bezskuteczne, i tu podziałało ono na innerwacyję, czego dowodem jest zwiększenie siły mięśniowej. W przypadku tym *ataxia* nie ustąpiła, zdaniem Erlenmeyera, jedynie tylko dla tego, iż naciągnięcie nie było dostatecznie silne, i wywodzi z tego praktyczny wniosek, aby zabierając się do omawianego rękoczynu, starano się koniecznie naciągnąć nerw silnie.

W 4tym przypadku Debove-Gillette'a, wskazanie do operacji było takie same jak w dwóch pierwszych, to jest usunięcie gwałtownych i ciągłych (bo przychodzących najmniej co 24 godzin) bólów strzelających, których nie mogły uśmierzyć żadne środki kojące (*sedativa*). I w tym przypadku, choroba musiała być daleko posunięta, gdyż od 18 miesięcy chory nie mógł stać, lecz ciągle leżał, *ataxia* była bardzo wyraźna, nadto istniały: stopień czucia i *myosis*. Naciągnięto nerw kulszowy lewy. Bóle strzelające znikły zupełnie i po miesiącu nie powróciły, *ataxia* ustąpiła prawie całkowicie; *myosis* tylko i stopień czucia pozostały bez zmiany. Chorego tego przedstawił na jednej z ostatnich swych lekcyj prof. Charcot. W 5-tym przypadku Debove-Gillette'a, bóle strzelające były nieustanne, chwilowo przychodziły pogorszenia, głównie w kończynach górnych. Naciągnięto nerwy: pośrodkowy (*medianus*) i promieniowy (*radialis*) prawe. Bóle w kończyźnie górnej prawej zmniejszyły się, a w lewej i dolnych zupełnie ustaly. *Anaesthesia plantaris* po stronie prawej znacznie się zmniejszyła, także i *ataxia*, tak iż chory mógł chodzić bez podpierania się, co dawniej było niemożliwem.

Widzimy więc z tego wszystkiego, iż naciąganie nerwów przy *tabes dorsalis* zasługuje ze wszęch miar na wypróbowanie.

W. Gajkiewicz.



## Wiadomości bieżące.

— Znany wiedeński anatom prof. Hyrtl, który już od dawna usunął się od wykładów, obchodził w Grudniu r. z. 70-letnią rocznicę urodzin. W dzień ten wydział lekarski i wiele stowarzyszeń naukowych wręczyło adresy uznania sędziwemu uczonemu. I nasze Towarzystwo przesłało mu drogą telegraficzną życzenia, na co odpowiedział następującym telegramem:

Pli gratiŕque animi mei vota, quae scripta mittere oculorum debilitas vetat, vobis hac aenea via expendere cogor.

*Gratissimus Hyrtl.*

— W zeszytcie Listopadowym *Wiadomości farmaceutycznych*, pisma wychodzącego nakładem Towarzystwa farmaceutycznego warszawskiego, a pod redakcją p. Mrozowskiego, magistra i assessora farmacyi, znajdujemy w odezwie od redakcyi kilka szczegółów, godnych zaznaczenia.

Towarzystwo farmaceutyczne rzekło się wszelkiej materyjalnej korzyści z wydawnictwa, aby dać możność pismu do ustawicznego rozwoju. Redakcyja wskutek tego powiększa objętość pisma i rozszerza dział wiadomości bieżących. Z powodu częstych przypadków zatrucia grzybami w naszym kraju, redakcyja postanowiła rozpowszechnić rysunki okazów grzybów trujących, flory krajowej, w tablicach chromolitografowanych, przyczem będzie pomieszczony treściwy opis wyglądu grzybów trujących. Opracowaniem tego przedmiotu zajmie się prof. Berdau.

Wreszcie redakcyja, widząc zupełny brak w naszej literaturze dzieł pomocniczych przy dokonywaniu rozmaitego rodzaju analiz, uprosiła p. Br. Pawlewskiego, asystenta przy katedrze chemii w uniwersytecie warszawskim, do opracowania: *Podręcznika chemicznej analizy miarowej, zastosowanej do użytku chemików, lekarzy i farmaceutów*, w którym czytelnik znajdzie rozmaite sposoby dochodzenia dobroci artykułów żywności, piwa, cukru i t. p. Podręcznik wychodzić będzie arkuszami przy każdym zeszytcie Wiad. farmac.

Redakcyja zaznacza, że wprowadzając dołączanie podobnych dzieł arkuszami, ma zamiar z czasem utworzyć *Bibliotekę umiejętności farmaceutycznych*.

Z tych kilku szczegółów pokazuje się, że redakcyja *Wiadomości farmaceutycznych* jasno i roztęmie wytknęła sobie plan postępowania i zasługuje z naszej strony na wszelkie uznanie i poparcie.

— Otrzymaliśmy *Kalendarz do użytku farmaceutów i chemików* na rok 1881, wydawany nakładem Towarzystwa aptekarskiego we Lwowie.

Składa się on z dwóch części: Część I-sza zawiera, oprócz kalendarzyka i innych drobniejszych wiadomości, tablice do porównywania skal różnych cieplomierzy, przegląd pierwiastków chemicznych, najwyższe dawki dzielnie działających środków leczniczych, odtrutki, chemiczny skład niektórych środków pożywnych, odczyny alkaloidów, spis właścicieli aptek w Galicyi, Lodomeryi i W. Księstwie Poznańskim i w Królestwie Polskiem i t. d. Część II-ga zawiera dzienniczek do notowania.

Całość przedstawia się bardzo dobrze, okładka kalendarzyka ozdobiona jest popiersiem prof. uniwersytetu warszawskiego, aptekarza ś. p. Józefa Celińskiego. Ponieważ nasze Towarzystwo farmaceutyczne nie zdobyło się jeszcze na wydanie kalendarza—polecić możemy kalendarz Lwowskich aptekarzy

## O D W Y D A W C Y.

I. Dotychczasowy wydawca Gazety Lekarskiej zobowiązał się ukończyć w ciągu roku 1881 wydawnictwo *Biblioteki Umiejętności Lekarskich*, w takim zakresie jak było ogłoszonym w Nr. 24 Gazety z półroczu pierwszego 1880 r., oraz w Nr. 25 z półroczu drugiego t. r. — Do niego więc należy się zwracać ze wszelkimi interesami w tym względzie.

II. Umowa z Agencyją Havas'a, tycząca się pomieszczenia ogłoszeń o rozmaitych produktach farmaceutycznych francuzkich, obowiązuje Gazetę Lekarską do 1 Listopada 1883 roku; do tego więc terminu musimy ją wypełniać na dawnych warunkach. Wszakże nie wpłynęło to weale na uszczuplenie treści samego pisma, gdyż, stosownie do potrzeby będziemy zwiększać objętość Gazety do 1 1/2 lub nawet 2 arkuszy druku.



O D R E D A K C Y I.

Cheąc uczynić pismo nasze pośrednikiem w stosunkach między lekarzami, podejmujemy się *pomieszczać wszelkie ogłoszenia o zmianie miejsca zamieszkania, o wakujących posadach, o potrzebnych książkach, narzędziach lekarskich i t. d.*

**Autorowie życzący sobie by sprawozdania o ich dziełach były pomieszczane w Gazecie Lekarskiej, zechcą nadsyłać po jednym egzemplarzu do Redakcyi.**

O D P O W I E D Z I.

*Wmu Drowi A. F. w Dąbrowie Górniczej.* Pieniądze, przeznaczone na prenumeratę Pamiętnika, Medycyny i Rocznika, przesłaliśmy w miejsca wskazane. Za życzenia szczerze dziękujemy. O współ-pracownictwo bardzo prosimy.

*Wmu Drowi P. w Korcu.* Kalendarz Gazety lekarskiej na rok 1881 nie został w tym roku wydany. Rs. 1 zachowaliśmy więc do dyspozycji Szanownego Kolegi.

*Wmu Drowi Cz. w Koniecpolu.* Na rok 1881 kalendarz Gazety Lekarskiej nie został wydany. Pieniądze odesłaliśmy do Redakcyi: Medycyny i Pamiętnika.

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

OGŁOSZENIA.

**Syrupus hypophosphatis calcis**

Syrop d'hypophosphite de chaux

**Aptekarza Grimault et Comp. w Paryżu.**

Od roku 1857, w którym poznano ten przetwór, okazuje się on nader skutecznym w suchotach płucnych. Przy użyciu tegoż kaszel słabnie, poty nocne ustają, chory przychodzi szybko do sił i tyje. Łyżka stołowa syropu zawiera 10 centigrammów podfosforanu wapna. Ponieważ czystość podfosforanu jest warunkiem jego skuteczności, przeto prosimy PP. lekarzy, aby zawsze przepisywali ulepek podfosforanu Grimault et Comp.

**Preparata żelazno-manganowe**

Préparations ferro-manganiques

**P. BURIN DU BUISSON**

**zatwierdzone przez Akademię Medyczną w Paryżu.**

1. Proszek żelazno-manganowy zawiera siarczan żelaza i siarczan manganu, połączone z kwasem winnym, dwuwęglanem sodu i cukrem, w celu utworzenia wody gazowej, którą się przepisuje w dawce biorąc łyżeczkę od kawy proszku, do szklanki wody lub wina.

2. Pigułki z jodku żelaza i manganu są pokryte niepsującą się powłoką i zawierają każda 5 cgr. (jeden gramm) jodku żelazo-manganowego. Przepisują się w dawce 2—4 pigułek dziennie.

3. Pigułki z węglanu żelaza i manganu mieszczą w sobie 10 centigrammów węglanu żelazo-manganowego; przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

4. Pastyłki z mleczanu żelaza i manganu. Każda pastylka zawiera 5 centigrammów mleczanu żelazo-manganowego, przepisują się w dawce od 4—8 dziennie.

NB. Te rozmaite preparata dają pomyślne skutki w kuracyi: bladaczki, bezkrwistości, przypadłościach limfatycznych, skrofulicznych i t. d. Godnem jest uwagi, że chorzy wyleczeni przez ich zażywanie, są daleko mniej narażeni na recydywy niż wyleczeni za pomocą preparatów żelaznych.

W Warszawie dostać można u pp. drogistów: Mrozowskiego, Gallego i Spiessa, oraz w składach materyałów Aptecznych pp. L. Ziemińskiego, K. Lilpopa i L. Bernsteina.

**Treść.** Od Redakcyi. — I. Wypadek niedokrwiłości złośliwej, podał Dr. **T e o d o r D u n i n.** — (Odcinek). W kwestyi kodeksu etyki lekarskiej. — II. O zapaleniu szyjki pęcherza moczowego, podał Dr. **E. K l i n k.** — III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, podał **W. M a t l a k o w s k i.** — O pozornej kastracyi kobiety, podał Dr. **S t. K o n d r a t o w i c z.** — O naciąganiu nerwów przy tabes dorsalis, podał Dr. **W. G a j k i e w i c z.** — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

Дозволено Цензурою, Варшава, 18 Декабря 1880 г. Друк К. Ковалевського, Królewska № 23.