

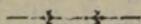
GAZETA LEKARSKA.

I. CZYNNIKI, WYWOŁUJĄCE BEZWŁAD POSTĘPUJĄCY.

Napisał

Stanisław Bucelski,

Ordynator Szpitala w Tworkach.



ESMARCH i IESSEN (1) w 1857 r. wypowiedzieli pierwsi przypuszczenie, że między przymiotem a bezwładem postępującym istnieje związek przyczynowy, ale, pomimo usilnej pracy w tym kierunku niemal od pół wieku, nie zdołano rozstrzygnąć zadawalajaco tej kwestyi.

W 1863 r. KJELLBERG (2) kategorycznie oświadczył, że bez przymiotu nie masz bezwładu; późniejsze jednak spostrzeżenia nie potwierdziły tego krańcowego poglądu szwedzkiego badacza, a dziś istnieją w nauce najrozmaitsze pod tym względem przekonania i nieraz nawet wprost przeciwne poglądy. REGNIER (3), BERKLEY (4), CHRISTIAN (5), FUNAIOLI (6) i wielu innych nie przypisują przymiotowi najmniejszego znaczenia etyologicznego ¹⁾, chociaż poważna większość współczesnych badaczy z takim poglądem nie zgadza się, a w ostatnich latach nastąpił nawet zwrot w kierunku twierdzenia KJELLBERG'A.

W obecnym stanie nauki nie możemy dowieść za pomocą badania drobnowidzowego, że dane zmiany w tkance mózgowej zawdzięczają swe pochodzenie przymiotowi, nie znamy ani też sposobów, ani warunków zgubnego oddziaływania zarazka przymiotowego na pierwiastki nerwowe; to też poglądy MOEBIUS'a (8), STRÜMPPELL'a (9) i innych o metasyfilitycznym [poprzymiotowym], lub FOURNIER'a (10) i jego szkoły o parasyfilitycznym pochodzeniu bezwładu, nie wychodzą po za obręb przypuszczeń.

¹⁾ TARNOWSKI (7) kategorycznie oświadcza, że wiać rdzenia i bezwład stanowczo są wyłączone z pod wpływu zakażenia przymiotowego, z drugiej jednak strony spostrzegali liczne przykłady „rzekomego bezwładu“, powstałego na tle przymiotowym.

Pomijając zestawienie poglądów różnych badaczy na omawianą kwestyę, przystępuję odrazu do streszczenia wyników własnych badań, jakie podjąłem głównie w celu wyjaśnienia roli przymiotu w bezwładzie.

Z ogólnej liczby 268 mężczyzn, dotkniętych bezwładem postępującym i leczonych w Tworkach od grudnia 1891 r. do końca lutego r. b., było 174 Polaków, 48 Rosyan, 23 Żydów, 22 Niemców i 1 Bułgar. Po wyłączeniu 34 spostrzeżeń, nie przydatnych do badań etyologicznych ze względu na niedokładne wywiady, w pozostałej liczbie 234 przypadków, jako przyczyny bezwładu były zanotowane czynniki następujące: przymiot, obarczenie dziedziczne, wzruszenia moralne, nadużycia wyskokowe i płciowe, praca nadmierna, nieregularny tryb życia, uraz głowy i nędza.

Przy bliższem rozpatrzeniu tych przypadków, w których jako czynnik wywołujący była zaznaczona „nadmierna praca“, „przepracowanie“, przekonujemy się, że nie chodziło tu o jakość tej pracy, lecz o ilość czasu zużywanego na wypełnienie swych obowiązków zawodowych, czy służbowych. W tej kategorii przypadków spotykamy chorych z różnych sfer towarzyskich: lekarza z obszerną praktyką, pozbawionego wypoczynku i snu, — odzwiernego, pełniącego przez szereg lat służbę po 16 godzin na dobę, — urzędników, którzy, nie mogąc utrzymać rodziny z lichej pensyi, zmuszeni byli szukać dodatkowych sposobów zarobkowania, aby bez niedoborów zamknąć bilans domowy, dalej — konduktorów, maszynistów kolei i t. p. ludzi, których praca, sama przez się, nie była wyczerpująca umysłowo, bo rutyna, wprawa zastępowała pracę myślową; chodziło jedynie o niewywcześnie, o brak snu i najwyżej o utrzymywanie uwagi w pewnym, jednostajnym stopniu napięcia, co spotykamy również we wszystkich przypadkach, zanotowanych w rubryce „nieregularnego trybu życia“, gdzie rzecz polegała także na niewywcześnie, na bezsennie spędzanych nocach, chociaż tylko przy zielonym stoliku. A zatem, czy to przy pracy nadmiernej, czy przy nieregularnym trybie życia, szkodliwe momenty są jedne i te same; uważałbym więc za słusne i właściwe rozpatrywać je wspólnie pod jednym mianem „znużenia“. Z drugiej strony ściśle zbadanie 4-ech przypadków, w których między przyczynami bezwładu podkreślono nędzę, przekonało mię, że na chorego ujemnie wpływały nie braki materyalne, nie niedostatek, lecz wynikające z niego kłopoty, troski, zmartwienia; wobec tego tę grupę przypadków pomieściłem w rubryce wzruszeń moralnych.

Tym sposobem w 234 przypadkach bezwładu znalazłem:

- 1) Przymiot 136 razy (58,12%)
- 2) Obarczenie dziedziczne 98 razy . . (41,88%)
- 3) Wzruszenia moralne 96 razy . . . (41,25%)
- 4) Pijaństwo 83 razy (35,47%)
- 5) Znużenie 72 razy (30,72%)
- 6) Nadużycia płciowe 65 razy . . . (27,77%)
- 7) Uraz głowy 26 razy (11,11%).

Przy porównaniu odsetek wymienionych czynników u chorych różnych narodowości, przekonałem się, że przymiot i pijaństwo w wywiadach najczę-

ściej spotyka się u Rosyan, rzadziej u Polaków i Niemców, najrzadziej zaś u Żydów. Wogóle, z pomiędzy różnych ujemnych czynników przymiot spotyka się w większości przypadków (58,12%), drugie zaś miejsce pod względem częstości zajmują: obarczenie dziedziczne i wzruszenia moralne, gdyż każdy z tych czynników zdarza się prawie u 42% chorych. Obciążenie wrodzone, podobnie jak i nadużycia płciowe, będące, zdaniem ogółu badaczy, wyrazem usposobienia neuro—czy psycho—patycznego, spotykamy najczęściej u Żydów i Niemców, rzadziej u Polaków, najrzadziej zaś u Rosyan.

Równie często, jak obciążenie wrodzone, spotykamy w wywiadach wzruszenia moralne (41,25%). Pierwsze miejsce pod tym względem należy się Niemcom, drugie—Polakom; u Rosyan zaś i Żydów czynnik ten spotykamy nadzwyczaj rzadko. U Niemców zmartwienia przeważnie są następstwem strat majątkowych, u Polaków zaś należą zwykle do kategorii zgrzyzot rodzinnych, wynikających z niedobranego małżeństwa lub śmierci ukochanych osób.

Znużenie u zamożnych i systematycznych Niemców w Królestwie zajmuje bardzo podrzędne miejsce w szeregu szkodliwych wpływów, natomiast najczęściej spotykamy ten czynnik u chorych, pochodzących z ubogich mas żydowskich, Rosyanie zaś i Polacy zajmują pod tym względem miejsce pośrednie.

Wreszcie uraz głowy w wywiadach chorych wszystkich narodowości występuje jednakowo rzadko.

A więc, jak widzimy, najczęściej w anamnezie spotykamy przymiot oraz obarczenie dziedziczne i wzruszenia moralne; pozostałe zaś czynniki, wyjąwszy uraz głowy, zdarzają się mniej więcej tylko w trzeciej części wszystkich przypadków.

Na 234 spostrzeżenia z dokładną anamnezą, w 23 (9,83%) oskarżono pojedynczo działające czynniki o wywołanie bezwładu, — w 79 przypadkach (33,76%) mamy w wywiadach po dwa, a w 132 (56,41%) po trzy i więcej czynników ujemnych.

Jako przyczyny, wywołujące bezwład samoistnie, bez udziału innych wpływów ujemnych, zaznaczono w 7 przypadkach wzruszenia moralne, w 6—przymiot, w 4—obarczenie dziedziczne, w 3—pracę nadmierną i w 1—kilkakrotny uraz głowy.

Widzimy więc, że i w tych rzadkich wypadkach, gdzie działała tylko jedna przyczyna patogeniczna, powtarza się ten sam porządek częstości przyczyn, jaki stwierdziliśmy dla ogólnej liczby 234 spostrzeżeń: 17 z 23 przypada na wzruszenia moralne, przymiot i obarczenie dziedziczne.

Czy rzeczywiście działały tutaj pojedyncze czynniki, wydaje mi się to wątpliwem. Powrócę jeszcze do tej sprawy; obecnie przechodzę do streszczenia wniosków, do jakich doszedłem na mocy zestawień tych grup paralityków, w wywiadach których mamy po dwa lub więcej czynników ujemnych.

Otóż u chorych, którzy przebyli przymiot, najczęściej spotykamy nadużycia płciowe resp. usposobienie neuro- czy psychopatyczne, oraz wstrząśnienia moralne. Na odwrót, u usobników z usposobieniem wrodzonym największą rolę odgrywał przymiot i wzruszenia moralne; a więc te trzy czynniki: przymiot, obarczenie dziedziczne i wzruszenia moralne uważać należy za najczęstsze przyczyny bezwładu postępującego, najczęstsze bezwzględnie, gdyż i w życiu zdarzają się najczęściej.

Przed 20-u laty wiek mężczyzn, zapadających na bezwład, wynosił przeciętnie 44½ lat; w 1897 r. KRAFFT-EBING (11) oznaczył ten wiek już na 39½ lat, a z moich 268 przypadków średni wiek chorego—38 lat i 8 miesięcy, przyczem Niemcy zapadają, mając średnio 37 lat i 3—4 miesiące, Rosyanie 38 l. 1 m., Żydzi 38 l. 8 m., a Polacy 39 l. 1 m.

Rozpatrując przypadki te pod względem stanu cywilnego i narodowości, zauważyłem dużą różnicę w wieku chorych chrześcian i izraelitów, żonatych i beżzennych. Chrześcianie żonaci wogóle zapadają w wieku późniejszym, niż beżzenni, mianowicie, licząc średnio 39 l. i 2—8 m., t.j. o 5 lat później, niż beżzenni, którzy w chwili wybuchu bezwładu liczą przeciętnie 34 lat 9 m. Różnica w wieku chorych chrześcian żonatych różnych narodowości jest nieznaczna i wynosi tylko 6 miesięcy, natomiast narodowość okazuje wpływ wyraźny na przeciętny wiek chorych beżzennych, gdyż Niemcy zapadają, licząc średnio 30 l. 7 m., Rosyanie—35 l. 8 m., Polacy—38 l. Co do izraelitów, to możnaby sądzić, że u nich małżeństwo przyspiesza wybuch choroby, albowiem żonaci liczą przeciętnie 37½ l., gdy tymczasem beżzenni 42½ lat.

Połowa chorych Polaków liczy 36 do 46 lat, trzecia część 31 do 35, a po dziesiątej części stanowią ludzie niżej lat 30 (26—30), lub po nad 46. Ten sam stosunek utrzymuje się mniej więcej jednakowo u chorych wszelkich narodowości.

Początek choroby w ogromnej większości przypadków dało się dość dokładnie oznaczyć; przyjmując jednak za początek choroby czas, kiedy lekarze, rodzina lub znajomi zauważyli pierwsze objawy cierpienia, rzecz naturalna, początek choroby należy cofnąć wstecz i oznaczyć początek bezwładu nie na 38 l. 8 m., lecz nieco wcześniej.

Wymienione wyżej trzy główne czynniki, bezwład wywołujące, o ile okazuje się z moich spostrzeżeń, nie pozostają bez wpływu na ogólny charakter cierpienia, a przedewszystkiem na wiek chorych.

W 6-iu tych przypadkach, w których przymiot jakoby stanowił jedyną przyczynę, wiek chorych wynosił przeciętnie 37 lat (32—46), tymczasem chorzy, w których życiu działały obok przymiotu inne jeszcze czynniki, zapadają w wieku 38 l. 10 m., a w przypadkach bez przymiotu dopiero w wieku 39 l. 3 m., wreszcie w tych przypadkach, w których można było wskazać przyczynowy związek między bezwładem a jakimś pojedynczym czynnikiem, ale nie przymiotem, średni wiek chorych wynosił 40½ lat.

Dodam w tem miejscu, że ze 110 przypadków, w których można było oznaczyć czas zakażenia przymiotowego, 10 zachorowało na bezwład przed upływem

7 lat, 66—po 7 do 15 latach, 25—między 16 a 21 rokiem od czasu zakażenia, 8—po upływie 25 do 30 lat i 1—po 34 latach. Średnio od czasu zakażenia przymiotowego do ujawnienia się bezwładu, upłynęło 13 l. 3 m., w tych zaś przypadkach, w których jedynie przymiot miał wywoływać bezwład, średnio tylko 7 lat, a więc, gdyby na tych 6-in przypadkach można było opierać ogólniejsze wnioski, należałoby sądzić, że przymiot w pewnych przypadkach działa energiczniej niż w innych, zależnie, być może, od siły zarazka przymiotowego lub odporności zakażonego osobnika. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychyliłbym się raczej do tego ostatniego przypuszczenia, gdyż u wszystkich 6-ni chorych odżywianie było upośledzone—jak widać z wywiadów—jeszcze przed zarażeniem się.

Dla porównania przytoczę jeszcze średni wiek chorych, w anamnezie których mamy obarczenie wrodzone lub cierpienia moralne. Otóż, przy obciążeniu wiek chorych Polaków wynosi 38 l. 3—4 m., bez tego zaś czynnika 42 l. 5 m.,—różnica tak znaczna, że liczby te mówią same za siebie. Natomiast cierpienia moralne zupełnie nie wpływają na przeciętny wiek, co łatwo daje się wytłómaczyć tem, że wymieniony czynnik, jako przyczyna choroby, widać się dopiero w wieku dojrzałym.

Przechodzę do czasu trwania choroby.

W szpitalu zmarło ogółem 154 paralityków, a przeciętny czas trwania ich choroby wynosił 27 m. 10 dni, t. j. krócej, niż przyjmuje KRAFFT-EBING (36 m., l. c.) lub HEILBRONNER (12) (31 m. 3 tyg.) i o 4 m. dłużej, niż podaje w 1898 r. ADAM (13) dla angielskich zakładów (22—23 m.) Moje spostrzeżenia przekonywają, że bezwład najdłużej trwał u Polaków, bo 29 m. 8 d., kiedy u Rosyan tylko 25 m., u Żydów 22 m. 12 d., a najkrócej u Niemców, bo 21 m. 10 dni.

Podług powszechnego mniemania, bezwład, rozwijający się u ludzi starszych, trwa dłużej. Istotnie, stwierdziłem to, lecz różnica jest bardzo nieznaczna, mianowicie choroba, rozwijająca się po 45 latach, trwa 29 m. 10 d., u ludzi zaś młodszych—26 m. 23 d., a więc krócej tylko o 2½ miesiąca. U Polaków różnica ta wynosi pół roku, gdyż u ludzi starszych bezwład trwa 34 m. 5 d. u młodszych zaś—28 m. 3 dni.

Dalej, zdaniem KRAFFT-EBING'a, bezwład, wywołany przez wyczerpanie umysłowe i urazy głowy, trwa dłużej, niż powstający na gruncie nadużytych płciowych i wyskokowych.

Nie zgadza się to z wynikami moich spostrzeżeń, dotyczących Polaków, u których wprawdzie po urazach głowy bezwład trwa najdłużej, ale natomiast po wyczerpaniu umysłowym—najkrócej, miejsce zaś pośrednie co do czasu trwania cierpienia zajmuje u Polaków bezwład, powstający na tle nadużytych płciowych, czy wyskokowych.

Ozy przymiot, który, jak już widzieliśmy, przyspiesza wybuch choroby, skraca zarazem czas jej trwania, powiedzieć trudno, gdyż w tych przypadkach, w których obok przymiotu istniała w anamnezie jedna, czy więcej przyczyn, choroba trwała 24½ m., a w przypadkach bez przymiotu 30 m. Z dru-

giej strony jednak w tych 6-iu przypadkach, w których przymiot jakoby stanowił jedyną przyczynę, bezwład trwał znacznie dłużej, bo aż 35 m.

Pozostaje mi powiedzieć słów kilka o postaciach bezwładu i o wpływie różnych czynników na kliniczny obraz cierpienia.

Zdaniem niemal wszystkich psychjatrów, w ostatnich 20 latach postaci klasycznej trafiają się rzadziej i liczba ich stale się zmniejsza, natomiast co raz częściej występują postaci demencyjne.

W zakładach dla obłąkanych, w Królestwie Polskiem istniejących, statystyka taka nie może mieć ogólniejszego znaczenia, gdyż skutkiem przerażającego braku miejsca w szpitalach, wszyscy spokojniejsi chorzy pozostają w domu i dla tego, być może, na 173 Polaków było:

z postacią typową	100 (57,85%)
„ demencyjną	46 (26,59%)
„ hypochondryczną	16 (9,24%)
„ depresyjną	11 (6,36%)

Innych postaci nie notowano.

Klasyczną postać bezwładu stosunkowo najczęściej spostrzegałem u Żydów i Niemców, następnie u Polaków, najrzadziej zaś u Rosyan. Z porównania częstości różnych postaci, przy obecności tych, czy innych czynników, okazuje się jednak, że znużenie daje najwyższy (60%), a pijaństwo najniższy procent postaci typowych; rozwojowi zaś postaci hypochondrycznych najbardziej sprzyja obciążenie wrodzone; co zaś do przymiotu, to ten nie daje wyraźniejszej różnicy w obrazie klinicznym, chociaż nieco częściej spotykamy postaci typowe.

Przytoczone powyżej, oparte na materyale klinicznym, dane wykazują, że przymiot niewątpliwie wywiera pewien wpływ na przebieg bezwładu, lecz czy ten czynnik stanowi zarazem mniej lub więcej bezpośrednią lub, jak chce wielu, jedyną przyczynę bezwładu, to, zdaniem mojem, dla rozwiązania tych ważnych zagadnień nie można opierać się wyłącznie na statystyce, jak to przeważnie czynią zwolennicy teorii przymiotowego pochodzenia bezwładu.

Znakomity syfilidolog i twórca teorii parasyfilitycznej, FOURNIER, zebrał i najdokładniej zestawił dowody, przemawiające jakoby za zależnością bezwładu od przymiotu, ale—bronione z wielkim talentem—twierdzenia FOURNIER'a nie wytrzymują ścisłej krytyki.

Zdaniem tego badacza 15% całej ludności podlega przymiotowi, a przymiotem, jak się okazuje z jego prywatnej praktyki, przymiot dotyka płęć męską 10 razy częściej niż żeńską, a że i bezwład, mówi FOURNIER, również 7 do 8 razy częściej spostrzega się u mężczyzn niż u kobiet, ma to więc dowodzić przyczynowego związku między zakażeniem przymiotowem a bezwładem.

Ale stosunkowa liczba kobiet, dotkniętych przymiotem, nie może być określona nawet w przybliżeniu, i sam FOURNIER poprzednio mówi, że kobie-

ta albo nie wie, albo nie przyznaje się do infekcyi, z drugiej zaś strony liczba paralityczek znacznie już wzrosła i stosunek wynosi dziś nie 1 : 8, lecz 1 : 3, a nawet, jak stwierdził GREIDENBERG (14) dla gubernii Tauryckiej— 10 : 17 (1 : 1,73).

Paralityczki, zdaniem FOURNIER'a rekrutują się z kobiet półświatka, tymczasem cały szereg prac, w celu wyjaśnienia tej kwestyi podjętych, stwierdza zupełnie co innego, bo np. w liczbie 32 paralityczek, leczonych w Tworakach, była jedna puella publica; NICOULAU (15) znalazł 3 w liczbie 101, a A. WESTPHAL (16) tylko jedną na 148 paralityczek.

Przymiot, mówi dalej FOURNIER, rzadszy jest u mieszkańców wsi,— rzadziej też spotykamy bezwład wśród ludności wiejskiej. Ale statystyki przymiotu nie ma, względnej więc częstości przymiotu stwierdzić niepodobną; z doświadczenia tylko wszyscy wiemy, jak niezwykle trudno dowiedzieć się o przybyłym przymiocie od ludzi ciemnych, od włościan, którzy najczęściej nie wiedzą o przebyłym przymiocie i niejednokrotnie zaprzeczają temu, pomimo oczywistych śladów przybytego zakażenia; toteż, podług wszelkiego prawdopodobieństwa, przymiot wśród ludności wiejskiej jest częstszy, niż się zdaje. Zresztą bezwład w warstwie ludności nie jest tak rzadki, jak utrzymuje FOURNIER, przenika bowiem coraz bardziej do ludu wiejskiego i wśród mężczyzn „demokratyzuje się“, jak się wyraził GREIDENBERG. Z moich obliczeń mogę w tej kwestyi powiedzieć to tylko, że na 734 chorych, którzy przeważnie na wsi spędzili życie, było 131 paralityków, a z 626 mieszkańców miast i miasteczek—137, czyli, że pierwszych było 18% (17,84%), a drugich 22% (21,88%) ogółu chorych, t.j. różnica nie tak znaczna, żeby na niej można opierać tak poważny wniosek, jak zależność bezwładu od przymiotu. Jeżeli FOURNIER rzadkość bezwładu postępującego w Islandyi i Szkocyi tłómaczy rzadkością przymiotu w tych krajach, to na tejsze zasadzie należałoby przypuszczać, że Arabowie, Abisyńczycy i t. d. muszą być dziesiątkowani przez bezwład, a tymczasem rzecz się ma przeciwnie. W Abisynii, gdzie, jak mówi GOLZINGER (17), należy do dobrego tonu chorować na „ketyń“ t. j. przymiot, gdzie przechodzą go prawie bez wyjątku wszyscy,—bezwład jest chorobą jeszcze rzadszą, niż w Islandyi, czy Szkocyi.

To samo stwierdza MEILHON (18) u Arabów. [u których—rzecz dziwna— z osłabieniem pandemii przymiotu wzrasta liczba paralityków], VAN BRERO (19) u Malajczyków, BERKLEY (4) u Negrów i t. d.

Można się w zupełności zgodzić z FOURNIER'em, że klauzura klasztorna i czystość obyczajów duchownych, zakonników, kwaków i t. d. zabezpiecza od przymiotu, który zresztą nie jest dowodem zepsucia obyczajów i nabywa się zwykle w wieku, kiedy o włośienicy i habicie jeszcze się nie myśli, a po obłóczynach—czyż zasady, jakimi się kierują duchowni, czy kwakrzy, pozwalają przyznawać się bez koniecznej potrzeby do tak ciężkiego grzechu, jakim jest w ich przekonaniu przymiot? Skądże więc pewność, że przymiot wśród tych ludzi tak rzadkim jest zjawiskiem? Tego nie wiemy, ale to rzecz pewna, że z chwilą wdziania sutanny, czy habitu, znika walka o byt, a monotony,

regularny tryb życia bez pracy nadmiernej, spokój o dzień jutrzejszy i brak wstrząszeń moralnych—niewątpliwie zabezpieczają układ nerwowy od wszelkich zaburzeń, a więc i od bezwładu.

Z pomiędzy różnych czynników ujemnych, mówi dalej FOURNIER, przymiot w wywiadach paralityków powtarza się najczęściej... Nie wszyscy jednak badacze, pracujący na polu etyologii bezwładu, znajdowali przymiot w anamnezie jednakowo często; przeciwnie, różnica w odsetkach jest niekiedy olbrzymia i dla przykładu przytaczam 4% znalezione przez MAGNAN'a i 94%—przez REGIS'a (20), lecz wniosek ostatniego, jako oparty na małej liczbie [18] spostrzeżeń bezwładu w praktyce prywatnej, nie może mieć ogólniejszego znaczenia, zwłaszcza, że tenże autor w 318 przypadkach, obserwowanych w przytułku św. Anny, znalazł przymiot tylko u 7% chorych. DENGLER (21) również znalazł między paralitykami w praktyce prywatnej 93% syfilityków, ale i ten autor wyprowadza ten wniosek zaledwie z 29 spostrzeżeń. FOURNIER jednak kładzie nacisk na wywody cytowanych autorów, gdyż, zdaniem jego, zbieranie wywiadów w szpitalach jest bardzo utrudnione, często niemożliwe.

Można z całą stanowczością zaprzeczyć temu, bo względnie rzadko zdarzają się wypadki niemożności zebrania anamnezy,—to samo zresztą zdarza się w praktyce prywatnej, a w każdym razie wszelkie spostrzeżenia z niewyjaśnionymi dokładnie wywiadami nie powinny być uwzględnione w pracach naukowych i wpływać na wnioski, dotyczące etyologii bezwładu. Ponieważ FOURNIER uznaje tylko znaczenie statystyki przymiotu u paralityków w praktyce prywatnej, zatem pozwolę sobie przytoczyć własne spostrzeżenia, które nie weszły do statystyki szpitalnej, z jakiej korzystam przy niniejszej pracy. Otóż z 28 paralityków, 16 przechodziło przymiot, zatem 57,14%, t.j. nawet nieco rzadziej, niż chorzy, leczeni w szpitalu (w Tworkach) (58,12%). FOURNIER, cytując DENGLER'a, zaznacza, że nawet obarczenie dziedziczne wobec przymiotu pozostaje na szarym końcu, gdyż DENGLER na 30 spostrzeżeń znalazł przymiot u 9,5%, a obciążenie dziedziczne tylko u 20%, ale OEBEKE na 100 ściśle zbadanych przypadków znalazł przymiot u 53, a obarczenie u 46 chorych, a więc nie tak wielka różnica, aby na tej zasadzie usposobienie wrodzone zupełnie odsądzać od wpływu na powstawanie bezwładu. Podług moich spostrzeżeń, między paralitykami w Tworkach było 58% syfilityków i 42% dziedzicznie obarczonych; że jednak FOURNIER nie dowierza szpitalnym wywiadam, zatem powiem, że na 28 paralityków w praktyce prywatnej miałem 22, a więc prawie 79% (78,6%) z ciężkim obciążeniem dziedzicznym, a dodać winienem, że u nas w Królestwie usposobienie psychopatyczne jest ukrywane przez rodzinę chorych w daleko ściślejszej tajemnicy, niż przymiot.

Wreszcie FOURNIER uważa za najbardziej przekonywające te spostrzeżenia, w których przymiot stanowił jedyną przyczynę bezwładu. Takie przypadki są notowane i niemożę zaprzeczyć, aby się nie zdarzały, sam bowiem u 6-iu chorych nie znalazłem innej przyczyny, prócz przymiotu; jednakże z drugiej strony u innych 17-u chorych, którzy stanowczo nie przechodzili przymiotu,

bezwład był następstwem również pojedynczo działających przyczyn, między którymi naczelną rolę zajmują wzruszenia moralne, gdyż aż w 7-iu przypadkach wywołały bezwład. W najlepszym razie, tego rodzaju spostrzeżenia dowodzą tylko, że przy pewnych okolicznościach czynniki ujemne, nawet gdy działają pojedynczo, zdolne są wywołać bezwład, ale takimi czynnikami mogą być wzruszenia moralne, obciążenie dziedziczne i t. d. na równi z przymiotem, który nie gra żadnej wybitniejszej roli w szeregu podkopujących siły organizmu czynników. Są to jednak wypadki wyjątkowe i wogóle wątpię czy bezwład może być następstwem jakiejś pojedynczej przyczyny, bo czyż np. obok przymiotu nie mogły istnieć przed lub po zakażeniu jakieś inne, może mniej wybitne, a zatem zapomniane i nie podane w wywiadach czynniki? Czyż zresztą przymiot *per se* nie stanowi źródła poważnych i długotrwałych zmartwień? A czyż obojętne jest dla organizmu samo leczenie przymiotu?

To samo da się powiedzieć o wszystkich innych pojedynczych czynnikach, bo czyż można przypuścić, aby np. człowiek z wrodzonym osłabieniem układu nerwowego mógł przeżyć około 30-u lat, nie doznawszy żadnych przeciwności, nie podlegając żadnym ujemnym wpływom, chociażby tylko wzruszeniom moralnym, które, mając swe źródło w różnych, tak wielorakich, tak pozornie kapryśnych przejawach życia, są nieodłączną, niemal konieczną przynależnością bytu każdej, a tem bardziej kulturalnej jednostki. [D. n.]

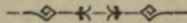
II. O WYBORZE METODY OPERACYJNEJ I WSKAZANIACH DO LECZENIA DOSZCZĘTNEGO PRZEPUKLIN PACHWINOWYCH WOLNYCH.

[Odczyt na IX Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie].

Podał

Dr. Józef Czajkowski,

lekarz Szpitala T-wa Sosnowickiego, w Sosnowicach.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 6].

Ponieważ zaś przepukliny duże z szerokimi wrotami przepuklinowemi operujemy najczęściej, przeto pozostaje mała stosunkowo tylko część przypadków, w których moglibyśmy zastosować powyższą metodę. Lecz i z tej niewielkiej odsetki, większa część odpadnie znowu z tego mianowicie powodu, że tam, gdzie wrota przepuklinowe są małe, wąskie, gdzie przepuklina sama jest mała, tam znowu ramiona wrót zewnętrznych tak są napięte, tak mało zesuwalne, że do zespolenia ich trzeba użyć większej jeszcze siły, aniżeli w przepuklinach dużych o wrotach szerokich.

Jednym słowem, granice wskazania do zastosowania metody DUPLAY'a i CAZIN'a są tak zacieśnione, że, pomimo iż uważam metodę tą za idealną, rzadko do niej uciekać się będę, a odstraszać mię od niej będzie zawsze ten przypadek zakończony śmiercią, w którym właśnie zdawało mi się, że metoda ta w żadnym innym przypadku nie mogła być zastosowana lepiej.

Jeszcze jedno „ale“ muszę tu zaznaczyć, przemawiając przeciwko metodzie, o której mowa, a mianowicie to, że wszyscy chorzy, u których ją stosowałem skarżyli się na bardzo silne bóle, nie dające się usuwać nawet za pomocą znacznych dawek morfiny, a trwające nieraz przez cały czas: od operacji aż do usunięcia szwów.

Okoliczność ta nie jest znowu tak mało znacząca, byśmy mogli nie rachować się z nią, odstrasza bowiem chorych, którzy nieraz przed poddaniem się operacji, zastrzegali się przeciwko „drutowaniu“, jak nazywają ten zabieg.

Wobec wszystkich niekorzystnych stron metody DUPLAY'a i CAZIN'a, pomimo że i dzisiaj jeszcze wydaje mi się bardzo racjonalnie obmyślaną, zaniechałem stosowania jej, wprost dla tego, że nadzwyczaj trudną wydaje mi się rzeczą, określić z góry, czy w danym przypadku można się nią posiłkować, czyli też trzeba będzie uciec się do innej metody, mniej bolesnej, mniej trudnej w wykonaniu i mniej niebezpiecznej, w myśl starej zasady chirurgów: *tuto, cito et jucunde*.

Operacją taką jest bezwątpienia operacja BASSINI'ego, a może i najnowsza metoda KOCHER'a, t. zw. „inwaginacyjna“¹⁾.

Racjonalna w pomyśle, łatwa w wykonaniu i dająca się zastosować do wszystkich bez wyjątku przypadków przepuklin pachwinowych, czy to dużych, czy małych, czy starych, czyli też wczesnych, niezależnie od tego czy wrota będą szerokie, czy też wąskie.

Jedynym przeciwwskazaniem do stosowania metody BASSINI'ego, mojem zdaniem, są wiotkie ściany brzuszne u osób wyniszczonych, chudych.

W przypadkach tego rodzaju wydaje mi się rzeczą racjonalniejszą wykonanie operacji według t. zw. nowej metody KOCHER'a, lub innej pokrewnej [FRANK'a, lub JONNESCO'a], a to z tego powodu, że przy wiotkich, mało sprężystych, licho odżywionych mięśniach pozostawienie otworu dla przepuszczenia powrózka nasiennego może dać powód do nawrotu cierpienia, które usunęliśmy na razie.

W jednym takim przypadku, w którym, nie bacząc na podobny stan mięśni brzucha, zastosowałem metodę BASSINI'ego, otrzymałem nawrót cierpienia już po upływie trzech miesięcy od czasu operacji.

Przy powtórnem operowaniu tego samego chorego, zastosowałem metodę KOCHER'a²⁾ szwu kanałowego, z przemieszczeniem powrózka nasiennego do dolnego kąta rany. Rana zagoiła się doraźnie, a wynik był najzupełniej zado-

¹⁾ Centralblatt für Chirurgie. 1897. Nr. 19.

²⁾ Chirurgische Operationslehre. 1897, str. 198.

walający, gdyż osobnik ów dzisiaj, po upływie 3-ich lat prawie, pomimo ciężkiej pracy w fabryce żelaznej, cieszy się najzupełniejszym zdrowiem.

Uważając metodę BASSINI'ego za najzupełniej odpowiadającą celowi, wykonywam ją zawsze, trzymając się przepisów autora, z tą jedyną modyfikacją, wprowadzoną przez LUCAS-CHAMPIONIÈRE'a ¹⁾, że w celu lepszego zespolenia brzegów wrót zewnętrznych, odłuszcza ramię przyczep ramienia wewnętrznego wrót od wzgórka łonowego i nasuwam ramię wewnętrzne—o ile to jest możliwym — na ramię zewnętrzne i w ten sposób otrzymuję jeszcze mocniejszą ścianę tylną kanału.

Porównyując metodę BASSINI'ego z metodą DUPLAY'a i CAZIN'a, każdy musi przyznać zasadniczą wyższość tej drugiej nad pierwszą i żałować tylko należy, że tak ciasne są granice, gdzie może być stosowana z powodzeniem.

Z drugiej jednak strony, czy tak złe są ostateczne wyniki metody pierwszej, żebyśmy ją mieli zaniechać? Nie sądzę, a obawa, jaką budzą w DUPLAY'u i CAZIN'ie i ich naśladowcach podwiązki i szwy pogrążone, nie mają znowu tak pewnej podstawy, aby ich unikać za jaką bądź cenę, chociażby — za cenę niewykonania zabiegu operacyjnego, w rzeczywistości zupełnie dla chorego niewinnego. Że tam w pewnej większej lub mniejszej odsetce przypadków podwiązki i szwy głębokie zostaną wydalone z rany już zagojonej, lub po mniejszym lub większym, ale zawsze powierzchownym, ropieniu—nie jest to znowu rzecz tak straszna, ani dla życia chorego groźna.

W kilku operowanych przeze mnie przypadkach szwy i podwiązki powychodziły po 1—5 miesiącach, nie wywołując żadnych dolegliwości: chorzy nie przerywali nawet swej ciężkiej pracy w fabrykach i kopalniach; a na trwałość wyniku operacyjnego powikłanie to bynajmniej nie wpłynęło ujemnie.

A czy podobne ropienia nie zdarzają się w przebiegu pooperacyjnym w tych przypadkach, w których operacja została wykonana według metody DUPLAY'a i CAZIN'a? Wątpię, pomimo głuchego milczenia statystyki w tym względzie.

Bądź co bądź—jak dotąd przynajmniej—metoda BASSINI'ego może śmiało rywalizować za wszystkimi innymi metodami operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych, nie wyłączając nawet najnowszej metody „inwaginacyjnej“ KOCHER'a, tak gorąco zalecanej przez autora i licznych jego naśladowców. Nie pomogą tu nawet szwy z drutu srebrnego lub inne metalowe, których np. używa JONNESCO [z Bukaresztu] w metodzie, uważanej przezeń za własną, chociaż, właściwie mówiąc, zasadniczej różnicy między tą ostatnią a metodą KOCHER'a dopatrzyć się trudno. Tem bardziej, że wedle mego zdania, operacja KOCHER'a lub JONNESCO'a, pod względem wykonania, nie a nie jest łatwiejsza od metody BASSINI'ego.

A są przytem jeszcze pewne bardzo poważne zarzuty, jakie można uczynić metodzie KOCHER'a, a podobnie i metodom JONNESCO'a, READ'a i in., w któ-

¹⁾ Semaine médicale. 1897, str. 290.

rych ma miejsce przemieszczanie worka przepuklinowego bez otwarcia tegoż, że tak się wyrażę—na ślepo.

Mam tu mianowicie na myśli te przypadki przepuklin pachwinowych, na nieszczęście, nie rzadkie, w których worek przepuklinowy jest dwu—i więcej—piętrowy. Operowanie podobnej przepukliny sposobem KOCHER'a może być szkodliwsze w następstwach, aniżeli nawet nieoperowanie przepukliny zupełne, pozostawiając bowiem jedno wyższe piętro worka w jamie brzusznej, możemy narazić chorego na wewnętrzne uwięznięcie przepukliny, pomimo całkowitego zniesienia kanału pachwinowego.

Przed kilku tygodniami, właśnie operowałem podobną przepuklinę. Dając chętnie ucho nawoływaniom licznych zwolenników KOCHER'a, i w tym przypadku również miałem zastosować jego metodę. Odluszczać worek przepuklinowy, co udawało się nawet bez trudu, znalazłem, że worek składa się z dwu pięter, z których dolne było całkowicie odosobnione od górnego i puste. Po odluszczeniu już, uchwyciłem szczypczykami wierzchołek worka, chcąc go wyłowić i wyprowadzić przez otwór w przedniej ścianie kanału; coś mnie jednak tknęło, by worek [przeciwno nawet prawidłu metody] otworzyć; naciąłem go więc i wsadziłem palec do wnętrza, i cóż się okazało? Ponad drugim piętrem znalazłem jeszcze jedno, oddzielone odeń twardym bliznowatym pierścieniem [przewężeniem], przez który z trudnością przesunąłem koniec wskaziciela, a przez który pętla kiszki mogła przejść z łatwością. Naturalnie, że wobec tego odkrycia, zamiar zastosowania sposobu KOCHER'a prysnął: rozciąłem więc powięź skośną, odsłoniłem otwór wewnętrzny kanału, wyciągnąłem cały worek przepuklinowy i rozciąwszy, obejrzałem wnętrze, a uspokoiwszy się, że powyżej niema już żadnych niespodzianek, dokończyłem operację wedle metody BASSINI'ego.

Innym znowu razem, porzuciłem myśl wykonania operacji sposobem KOCHER'a z tego powodu, że, rozciąwszy worek na wszelki przypadek, znalazłem pętlę kiszki cienkiej przymocowaną do wierzchołka worka za pomocą grubego, mocnego powrózka, długości 5—6 ctm., a pozwalającego na całkowite pozornie odprowadzenie kiszki do jamy brzusznej. Łatwo sobie wyobrazić następstwa podobnej operacji.

To też, mając ciągle na myśli owe przypadki, ze strachem, przyznam się szczerze, przystępuję do operowania według sposobu KOCHER'a, a i w tych nawet nielicznych przypadkach, które, zdaniem mojem, nadają się do niego, zawsze nacinam worek przepuklinowy i oglądam wnętrze, badając dokładnie zawartość i ściany worka od wierzchołka aż do jamy brzusznej. W ten sposób naturalnie operacja cała trwa dłużej i traci jedną z przypisywanych jej przez autorów zalet; tę mianowicie, iż operacja wykonywana bywa bez otwarcia jamy otrzewnowej. Gdy zaś mamy worek otrzewnowy otwarty, pomimo woli prawie bierze nas chęć dokończenia operacji według sposobu BASSINI'ego, tem bardziej, że przy istnieniu szerokich wrót przepuklinowych zmuszeni bywamy zawsze do zasycia otworu zewnętrznego kanału pachwinowego możliwie dokładnie, aby nie dopuścić do nawrotu cierpienia.

Aby skończyć z metodami, opracowanymi przez KOCHER'a, tak zasłużonego propagatora operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych, nie mogę pominąć milczeniem metody jego t. zw. „z przemieszczeniem powrózka“ i zaszyciem kanału pachwinowego na całej długości za pomocą szwu kanałowego.

Do metody tej uciekam się zawsze chętnie ilekroć razy operuję przepukliny u osób starszych, których wiotkie, rozciągnięte mięśnie brzucha nie rokują mi trwałego wyniku przy operowaniu sposobem BASSINI'ego; a uciekam się do tej metody KOCHER'a tem chętniej, że nie obawiam się uciśnięcia zanikającego już powrózka nasiennego. U osób młodych, w pełni życia płciowego, wyżej wzmiankowanej metody nie stosuję, z obawy przed nerwobólem jądra wskutek uciśnięcia powrózka nasiennego, od czego nie uchroniła mię w jednym przypadku i modyfikacja metody KOCHER'a, wprowadzona przez JONNESCO'a, a polegająca na wytworzeniu żłobka w kości łonowej dla przemieszczonego powrózka nasiennego.

O innych metodach operacyjnych, jak np. MAC-EWEN'a, lub starej metodzie KOCHER'a i in. nie potrzebuję zdaje się nawet wspominać, gdyż zarzucili je nawet sami ich twórcy. Ja osobiście wykonałem je po razie, z wynikiem równie opłakanym, jak inni chirurdzy; czułem się bardzo szczęśliwym, że chorzy moi uciekli z życiem po tym niefortunnym zabiegu.

Mówiąc dotąd o rozmaitych metodach operacyjnego leczenia przepuklin pachwinowych, nie wspominałem rozmyślnie o metodzie CZERNY'ego, do której jednak chętnie się uciekam w odpowiednich przypadkach, a jako takie uważam przepukliny pachwinowe w pierwszym okresie ich rozwoju, a mianowicie: gdy przez otwarty kanał pachwinowy, o niewielkich wrotach zewnętrznych, zaledwie wyczuwamy wypuklanie się worka przepuklinowego, szczególnie u osobników młodych i u dzieci. Wyniki otrzymane po zastosowaniu omawianej metody w moich przypadkach były bardzo zachęcające i dla tego mam zawsze ochotę zastosować ją przy nadarzającej się okazji.

Ce się tyczy dzieci, to najczęściej zadawałam się wyrezekowaniem worka przepuklinowego, bez zeszywania kanału pachwinowego, lub co najwyżej—zeszywam wrota jego zewnętrzne.

Nie mogę pominąć tu milczeniem, że w kilku przypadkach, w których, obok przepukliny pachwinowej początkującej, istniał wodniak (*hydrocele*) powrózka nasiennego, operowałem jedynie ten ostatni, nie dotykając wcale kanału pachwinowego i już po upływie kilku miesięcy mogłem zauważyć bardzo dodatni wpływ operacji na samą przepuklinę: kanał pachwinowy zarastał całkowicie.

Dla lepszego uprzytomnienia sobie wyników różnych metod operacyjnych, załączam przytem zestawienie wszystkich przypadków przez się operowanych z oznaczeniem wieku chorego, czasu trwania przepukliny, rodzaju i szczególnych jej własności w każdym przypadku, a także—zastosowanej metody operacyjnej i wyniku operacji: doraźnego i ostatecznego.

№ porządkowy	Wiek chorego	Charakter przepukliny	Po stronie	Data wykonania operacji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyjnego	Wynik ostateczny
1	21	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	lewej	10—V 1891	Mac-Ewen'a	Głębokie ropienie	Dobry; pomimo wielkiej blizny powrotu niema po 5 latach
2	35	Zewnętrzna, mosznowa b. duża; zawartość: jelito.	prawej	25—VI 1891	Kocher'a z wszyciem worka	Głębokie ropienie	Nawrót cierpienia po 1/2 roku
3	25	Zewnętrzna, mosznowa; worek zgrubiały, obszerny; zawartość: jelito.	prawej	6—III 1895	Bassini; worek wycięty	Głębokie ropienie	Dobry; bez nawrotu po 5 latach
4	30	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	16—III 1895	Bassini; worek wycięty	Powierzchnowe ropienie	Dobry; bez nawrotu po upływie 5 lat
5	25	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	15—VI 1895	Bassini; worek wycięty	Głębokie ropienie	Dobry; nawrotu po upływie 2 lat niebyło
6	23	Zewnętrzna, kanałowa, mała; zawartość: jelito.	prawej	12—X 1895	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po upływie 3 lat
7	26	Zewnętrzna, mosznowa, mała; zawartość: jelito.	lewej	12—X 1895	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po upływie 3 lat
8	50	Zewnętrzna, mosznowa olbrzymia; zawartość: jelito.	prawej	17—XII 1895	Bassini; worek wycięty	Ropienie	Dobry; bez nawrotu po upływie 3 lat
9	8	Zewnętrzna, mosznowa; zawartość: jelito.	prawej	5—II 1896	Bassini; worek wycięty, (catgut do szwów głębokich)	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po upływie 4 lat
10	23	Zewnętrzna, mosznowa duża; zawartość: jelito.	prawej	12—II 1896	Bassini; worek wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 4 latach
11	30	Zewnętrzna, mosznowa mała; zawartość: jelito.	lewej	13—IV 1896	Bassini; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 4 latach
12	34	Zewnętrzna kanałowa.	prawej	20—V 1896	Czerny; worek nie wycięty	Rychłozrost	Dobry; bez nawrotu po 3 latach
13	38	Zewnętrzna, mosznowa, b. duża; zawartość: jelito.	prawej	26—IX 1896	Bassini; worek wycięty	Powierzchnowe ropienie	Dobry; bez nawrotu po 3 1/2 latach

№ porządkowy	Wiek choro- rego	Charakter przepukliny	Po- stro- nie	Data wykona- nia ope- racji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyj- nego	Wynik ostateczny
14	40	Zewnętrzna, kanałowa.	pra- wej	3—X 1896	Bassini; worek nie wycięty		Śmierć z powo- du wstrząsu (?)
15	30	Wewnętrzna; w worku jądra kłę- siec wielkiej.	lewej	22—X 1896	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po upły- wie roku
16	3	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: je- lito.	lewej	26—X 1896	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 4 la- tach
17	5/12	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	lewej	26—X 1896	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po roku
18	5/12	Zewnętrzna, kanałowa.	pra- wej	26—X 1896	Bassini; worek nie wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po roku
19	2	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	pra- wej	18—III 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 3 la- tach
20	60	Zewnętrzna, mosz- nowa, olbrzymia; zawartość jelito	lewej	24—III 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
21	18	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	pra- wej	24—IV 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 3 la- tach
22	56	Zewnętrzna, mosz- nowa, olbrzymia; zawartość: jelito, tłuszczak.	lewej	1—V 1897	Bassini (L. Championiè- re); worek wy- cięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 3 la- tach
23	2/12	Wrodzona, kanałowa, hydrocele funi- culi spermatici.	lewej	1—V 1897	Operowano hydrocele; ka- nał nie zaszyty	Rychło- zrost	Dobry; po 1/2 ro- ku kanał zanikł całkowicie
24	6/12	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	lewej	13—V 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 1/2 ro- ku
25	19	Wewnętrzna pętla jelita przyklejona do jądra.	lewej	13—V 1897	Bassini	Rychło- zrost	Nawrót cierpie- nia po miesiącu
26	19	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	lewej	29—V 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 1/2 latach

№ porządkowy	Wiek choro- rego	Charakter przepukliny	Po- stro- nie	Data wykona- nia ope- racji	Metoda operacyjna	Zejście zabiegu operacyj- nego	Wynik ostateczny
27	19 (chory № 26)	Zewnętrzna, kana- łowa.	pra- wej	29—V 1897	Bassini; worek nie wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2½ latach
28	19	Recydywa (p. № 25).	lewej	10—VI 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 3 la- tach
29	25	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: je- lito.	lewej	15—VI 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 3 la- tach
30	18	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	pra- wej	21—VIII 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po roku
31	36 (ko- bieta)	Zewnętrzna, war- gowa; zawartość: torbiel sieci.	pra- wej	17—XII 1897	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Nawrót po 4-ch miesiącach
32	22	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito	pra- wej	27—I 1898	Duplay; worek wycięty	Ropienie głębokie	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
33	22 (chory № 32)	Zewnętrzna, kana- łowa.	lewej	27—I 1898	Duplay; worek nie wycięty	Ropienie głębokie	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
34	30	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	pra- wej	22—II 1898	Duplay; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
35	44	Zewnętrzna, mosz- nowa, mała; zaw.: jelito, tłuszczak.	pra- wej	25—II 1898	Duplay; worek wycięty	Powierzcho- wne ropie- nie	Nawrót po 3-ch miesiącach
36	21	Zewnętrzna, mosz- nowa, duża; zawar- tość: jelito.	pra- wej	10—III 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
37	21 (chory № 36)	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: jelito.	lewej	10—III 1898	Bassini (Championière); worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
38	25	Zewnętrzna, mosz- nowa; zawartość: je- lito.	pra- wej	24—III 1898	Bassini; worek wycięty	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
39	25 (chory № 38)	Zewnętrzna po- czątkowa.	lewej	24—III 1898	Bassini	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 la- tach
40	23	Zewnętrzna, po- czątkowa.	pra- wej	2—IV 1898	Bassini (Championière)	Rychło- zrost	Dobry; bez na- wrotu po 2 lat.

ODCINEK.



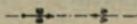
Warszawski Dom Wychowawczy w świetle statystyki porównawczej

(z powodu artykułu „NIWY POLSKIEJ“)

napisał

Stanisław Kamiński.

Ordynator Domu Wychowawczego przy szpitalu Dzieciątka Jezus.



W Nr. 5-ym „Niwy Polskiej“ z r. b. ukazał się artykuł p. t. „Pomór... w szpitalu Dzieciątka Jezus“. W artykule tym znajduje się następująca, rzekomo dosłowna cytata ze sprawozdania o ruchu ludności w Warszawie w roku 1899:

„Do domu podrzutekó w, przy szpitalu Dzieciątka Jezus, w ciągu r. 1899 przyjęto dzieci: z miasta 281, z innych miejscowości 994; z liczby ogólnej 1275 przyjętych, zmarło w samym zakładzie 495! Oprócz tego zmarło dzieci oddanych na wychowanie 586! Ponieważ zakład wychowawczy (??) opiekował się 1863 dziećmi a zmarło ich 1081, przeto wychował 782¹⁾“.

Nie mając na razie pod ręką sprawozdania sekcji statystycznej, zachodziliśmy w głowę, skąd sekcyja ta jest tak źle poinformowana o ilości dzieci, znajdujących się na wychowaniu w szpitalu Dzieciątka Jezus. Przypuszczaliśmy bowiem, że autor artykułu w Niwie, cytując do s ł o w n i e, pozwolił sobie na wykrzykniki i znaki zapytania; ani nam jednak przez myśl nie przeszło, aby poważał się „cytować“ cyfry, których jako żywo w sprawozdaniu nigdy nie było.

Sprawozdanie to, o ile dotyczy „D o m u p o d r z u t k ó w“, jest nader krótkie. Zacytujemy więc je dosłownie, pozwalając sobie tylko na zsumowanie cyfr.

„Do Domu Podrzutekó w (1) przy szpitalu Dzieciątka Jezus w ciągu 1899 r. przyjęto dzieci z miasta 281, z innych miejscowości 994; z nich zmarło w samym zakładzie: z miasta 138, z innych miejscowości 357. Prócz tego zmarło z pomiędzy dzieci oddanych na wieś na wychowanie 586“.

Tyle mówi urzędowe sprawozdanie.

Po zsumowaniu cyfr okaże się, że dzieci przyjęto 1275; w samym zakładzie zmarło 495, na wsi 586. Razem zmarło dzieci: $586 + 495 = 1,081$. To jest prawda. Lecz skąd autor artykułu, zamieszczonego w „Niwie“, wziął cyfrę 1863, która jakoby ma stanowić ogół dzieci, któremi się Dom Wychowawczy opiekuje? Po długim namyśle przyszlismy do przekonania, że dodał on [przytem błędnie], liczbę dzieci przyjętych do liczby zgonó w na wsi, co razem stanowi: $1275 + 586 = 1861$, czyli dał do zrozumienia, że dzieci wysyłane są na wieś, aby tam wszystkie co do nogi zmarły. Lecz nie chcemy przesadzać, wszak umarło na wsi, według Niwy i Słowa, o dwoje dzieci mniej niż wysłano.

Autor artykułu w Niwie wyraża nadzieję, że zarząd zakładu wychowawczego [lekarze] nie zdoła się wytłumaczyć ze swej herodomanii i że zawsze nosić na sobie będzie piętno Skublińskich i Szyfersowych. My też bynajmniej ani tłumaczyć się przed Niwą, [i sekundującym jej Słowem] nie myślimy, ani

1) Artykuł powyższy z komentarzami powtórzyło „Słowo“ z d. 6 lutego r. b.

też polemizować z nimi nie mamy zamiaru. Chcemy tylko zwrócić uwagę ogółu na stosunki istotne, które, aczkolwiek w samej rzeczy są niezadawalające, nie są jednak tak złe, zwłaszcza jeśli się je porówna ze stosunkami w innych domach podzrętków, daleko lepiej uposażonych, niż Warszawski.

Na wstępie zaznaczyć musimy, że dane, jakimi rozporządza sekcya statystyczna Magistratu, pochodzą ze sprawozdań rocznych z Domu Podzrętków.

Otóż sprawozdanie to za rok 1899 opiewa:

Z r. 1898 pozostało dzieci	108
Przyjęto w r. 1899 z miasta i ze wsi	1275
„ czasowych ¹⁾	156
„ dzieci więziennych ²⁾	2
„ dzieci żebraków	1
„ dzieci ze szpitala Ś-go Łazarza	1
Zwrócono ze wsi	349
„ z opieki bezpłatnej	3
Razem	1895

Tak więc, Dom Wychowawczy w Warszawie samej opiekował się 1895 dziećmi. Z tych zmarło 495 t. j. 26,1%. Z liczby 1895 dzieci, jakie przeszły w r. 1899-ym przez dom wychowawczy, było chorych niemowląt [do roku życia] 1141 t. j. 60,3%. Z tych chorych niemowląt zmarło 493 czyli 43,1%.

Ponieważ dom wychowawczy przyjmuje tylko niemowlęta, więc na liczbę przyjętych [1275], % śmiertelności niemowląt wynosi 39.

Pomiędzy choremi dziećmi było:

a) Syfilitycznych	135
b) Przedwcześnie urodzonych i wątłych od urodzenia	48

Razem 181

Ponieważ Dom Wychowawczy nie ma prawa trzymać syfilitycznych mamek, więc wszystkie dzieci, dotknięte tą chorobą i karmione sztucznie—umierają. Dom Wychowawczy Warszawski nie stanowi pod tym względem wyjątku. W Paryżu, gdzie Assistance Publique rozporządza kolosalnymi środkami, i gdzie, ze względu na obawę wyludnienia, otaczają dzieci nieprawie szczególną opieką, śmiertelność między syfilitykami wynosiła w r. 1892-im również 100% (2). Odjawszy więc od ogólnej liczby chorych [1141] i zmarłych [495] cyfrę syfilityków [135], otrzymamy % śmiertelności=36.

Dom Wychowawczy Warszawski [dla braku środków] nie posiada wylęgaczek (*couveuses*), niezbędnych przyrządów do zachowania przy życiu dzieci słabych od urodzenia. Nic dziwnego więc, że % śmiertelności między temi ostatniemi jest bardzo znaczny. Jeśli odejmiemy w powyższy sposób od ogólnej liczby i liczby zmarłych jeszcze cyfrę zmarłych wątłych od urodzenia dzieci i syfilityków [181], to % śmiertelności wśród niemowląt chorych wyniesie 31,5%.

To są stosunki liczbowe w Domu Wychowawczym w samej Warszawie.

Na wsi Dom Wychowawczy opiekował się w 1899 r. 6119 dziećmi [mała pomyłka w porównaniu z cyfrą Niwy—588]. Z tego umarło 586. Procent śmiertelności wśród dzieci wiejskich wynosi zatem 9,5%. Ponieważ 1 stycznia 1899 roku na wsi było dzieci 5005, w Zakładzie warszawskim zaś, w ciągu 1899 roku 1895, ogólna więc liczba dzieci, jakimi opiekował się Dom Wychowawczy w danym roku wynosi 6900. Z tego zmarło 495+586=1081; pozostało więc: 5819 dzieci. Zakład więc w r. 1899 wychował 5819 dzieci [nie 782, jak chce Niwa i Słowo]. Procent śmiertelności wszystkich dzieci wynosi 15,7%.

Cyfry te, obalając przesadne alarmy Niwy i Słowa, staną się jeszcze bardziej jasnymi dopiero przez porównanie z innemi cyframi śmiertelności.

1) „Czasowemi“ nazywają się dzieci, których matki leżą chore na salach szpitalnych.

2) Są to dzieci, których matki odsiadują karę z wyroku sądowego.

Otóż ze 100 noworodków [zdrowych i chorych, prawych i nieprawych] umiera w różnych krajach Europejskich od 9,7 [Irlandya] do 29,6 [Rosya]. Średnia śmiertelność niemowląt w Europie=18% (3). W miastach umiera ich daleko więcej. Tak np. w Berlinie w 1-ym roku życia 32% (4). W New-Yorku umarło w r. 1891-ym w domach ludzi ubogich [więcej niż 100 mieszkańców w jednym domu] dzieci do lat 5-u 8,5% (5) [jest to cyfra bardzo zbliżona do % śmiertelności wśród naszych dzieci na wsi=9,5]. A przecież nasze dzieci na wsi również do ubogich muszą być zaliczane].

Przejdźmy teraz do danych, tyjących się podrzutek. Śmiertelność w Casa del l'Annunziata w Neapolu w r. 1867-ym, pomimo, że dzieci były karmione piersią, wynosiła 64% (6). W Austrii dolnej [w 14-tu domach podrzutek] śmiertelność ssawców w r. 1887-ym wynosiła 40,7% ¹⁾ (7), w Czechach w r. 1880 — 45,4% (8).

W Moskiewskim Domu Wychowawczym (9) w 1897 r. było dzieci 11310. Procent śmiertelności w samym Domu wynosił 29,65 [w naszym Domu cyfra ta = 26,1 t. j. jest o 3,5% niższą]. Procent śmiertelności dzieci na wsiach [było ich razem 34309] równa się 15,43 [u nas cyfra ta wynosi 9,5%, a więc jest o 5,93 mniejszą]. Procent śmiertelności wszystkich wychowawców na wsi i w mieście za rok 1897 wynosił 22,05 [u nas cyfra ta równa się 15,7, a więc jest o 6,35 mniejszą]. Z liczby 7424 dzieci chorych umarło w Moskwie 3395, co stanowi: 45,6% [u nas % ten wynosił 43,1, był więc o 2,5 mniejszy].

Wreszcie, jeszcze jedno pytanie. Co się dzieje z dziećmi, oddawanymi do domów podrzutek? Na to odpowiada nam statystyka Petersburgskiego Domu Wychowawczego. Ze 100 wychowawców przyjętych w 1-ym roku życia do tego domu w r. 1877, w r. 1898 żyło tylko 15,7 t. j. % śmiertelności wychowawców wynosił aż do ich pełnoletności 84,4% (10).

W świetle cyfr powyższych stosunki Warszawskiego Domu Wychowawczego nie przedstawiają się tak opłakanie, jak się na pierwszy rzut oka wydaje. Widzieliśmy, że cyfra śmiertelności ssawców u nas jest mniejszą [39%], niż w Austrii [40,7%] i w Czechach [45,4%]; że zaledwie o 7% przewyższa śmiertelność ssawców w Berlinie [37%], choć w liczbie tych ssawców znajdują się dzieci rodziców zamożnych. Widzimy dalej, że śmiertelność wszystkich dzieci jest u nas mniejszą, niż w okręgu Moskiewskim.

Dla dopełnienia obrazu, przytoczyć nam jeszcze wypada fakt, że Dom Wychowawczy Warszawski jest jednym z najuboższych w Europie. Podczas gdy budżet np. Moskiewskiego Domu wynosił 1166438 rs. w r. 1897, a dzieci w tym roku było 39181, na dziecko więc wypadało rs. 30 rocznie; utrzymanie dziecka w Warszawie, przy budżecie 148500 rs. i 6900 dzieci, wyniesie 20 rs. Nie mamy cyfr, tyjących się domów wychowawczych za granicą; za to pouczającą będzie następująca tabelka, która wykazuje wysokość płacy miesięcznej, jaką uiszczają rodzinom wiejskim za dziecko przy piersi i dziecko starsze różne Domy Wychowawcze w Europie.

Miasto	Płaca miesięczna za ssawców	Płaca miesięczna za starsze dziecko
Warszawa	2 rs.	1 rs. 50 kop.
Petersburg	3 „	2 „ — „
Praga	5 „	3—4 „
Kopenhaga	6 „	4—5 „
Wiedeń	6 „	3—4 „
Paryż	9 „	6 (11).

Przytem w Warszawie płacą za dzieci tylko do lat 7-u; za starsze dzieci, o ile pozostają na wychowaniu na wsi, opiekunowie ich wiejscy nie pobie-

¹⁾ Mniejszą była śmiertelność w r. 1888 w Wiedeńskim Domu Podrzutek, bo wynosiła 37,8%. Jest to według UFFELMANN'a [Handbuch der Hygiene 1890] najmniejszy procent śmiertelności niemowląt, jaki wspomniany dom osiągnął w okresie stuletnim. [Przyp. autora].

rają żadnego wynagrodzenia. W Petersburgu płacą za dzieci do lat 15-tu, w Pradze i Wiedniu do 10-u, w Kopenhadze do 14-tu, w Paryżu do 15-tu.

Wziąwszy to wszystko pod uwagę, przyjdziemy do przekonania już tym razem chyba zupełnie umotywowanego, że bezpośredni kierownicy Warszawskiego domu podrzutków robią co mogą i że wyniki usiłowań nie są tak dalece gorsze, a nawet są lepsze nieraz, niż w innych europejskich zakładach. Przypomnijmy sobie, że ks. Baudouin widywał porzucone trupy dzieci, o które walkę toczyły psy między sobą. Z tych dzieci Zakład nasz ratuje rocznie liczbę bardzo poważną bo 61%; a ileż chroni od upadku moralnego, ilu zapewnia rodziną opiekę wśród włościń naszych!

Skończyliśmy. Co do jednego ma Niwa rację, że społeczeństwo ma prawo wiedzieć, co się dzieje w instytucjach tak ważnych, jak Dom Wychowawczy. Te wiadomości podajemy dzisiaj. Lecz jeżeli społeczeństwo ma prawo żądać rachunku od Zarządu Domu, to ma ono również obowiązek popierania tej instytucji inaczej, niż dotąd, t. j. nie jedynie przez dostarczanie jej dzieci na wychowanie, przez zabieranie matek dzieciom na mamki i oddawanie dzieci mamek do szpitala.

Gdyby Dom Wychowawczy doznawał poparcia ze strony społeczeństwa, to możebyśmy z czasem doszli do tak idealnych stosunków, jakie panują w Assistance Publique w Paryżu. Tam procent śmiertelności niemowląt wynosi zaledwie [r. 1889] 25,5% [u nas 39%]; śmiertelność wszystkich dzieci, pozostających pod opieką Assistance Publique aż do ich pełnoletności wynosiła [w r. 1889] bajecznie małą cyfrę bo 1,95% (12).

Dla tego jednak, abysmy doszli do tak dobrych wyników, trzeba zreformować Dom Wychowawczy. Nie będę mówił o budynku i pomieszczeniu dla dzieci, gdyż te wkrótce się zmieniają wraz z przeniesieniem Szpitala, choć zdaje mi się, że nie w tym stopniu na korzyść, jak tego życzyłyby należało. Chcę tu powiedzieć słów parę o reformach wewnętrznych.

Dzieci, które przychodzą do nas z miasta, oddawane przez matki, są z małymi wyjątkami wynędzniałe, wyglądzone, tak brudne, że się ich domyć trudno jednego dnia. Nie dziw, że takie dzieci umierają, bo dla nich wyjątkowo pomyslnych warunków higienicznych potrzebaby było, a nie więcej niż skromnych, jakie im Dom nasz ofiarować może. Że tak jest, pochodzi to ztąd, że miejsc wolnych w Zakładzie jest mało, a więc matki tygodniami czekać muszą dopóki im dziecko przyjmą. Matki te nieraz nie mają same dachu nad głową, nie mają czego do ust włożyć, więc nie dziw, że dzieci leżą w brudzie, że pierś głodnej matki wysycha, a dziecko, karmione sztucznie w najbardziej nieracjonalny sposób, choruje i więdnie. Trzeba więc powiększyć liczbę miejsc i przyjmować więcej dzieci.

Dotychczasowa liczba mamek jest za mała. Bywa ich najwyżej 75, a dzieci — ssawców średnio 120 [rzadko mniej]. Przypuszczać, że jedna mamka zdoła wykarmić więcej, niż jedno dziecko, jest to ludzić się nietylko co do sprawności fizjologicznej gruczołów mlecznych, lecz i co do psychologii karmicielki.

Gdy ta ostatnia karmi dwoje dzieci, to albo widząc, że nieda rady obojgu karmi dobrze tylko jedno, które jej więcej do serca przypadło, albo, co się częściej zdarza, głodzi oboje. Wtedy się dzieci dokarmia mlekiem. Lecz, aby to pożywienie poszło na użytek, musi być racjonalnie przyrządzane. Więc najprzód, samo mleko musi być dobre. Trzeba więc przy wyborze mleka kierować się jego zaletami fizycznymi i chemicznymi, a nie tylko ekonomicznymi, jak się to dotychczas dzieje. Aby to mleko odpowiednio przygotować trzeba mieć odpowiednią obsługę inteligentną i wyszkoloną. Dziś z konieczności, *antiquo more*, mamki przygrzewają w garnku mleko dla niemowląt. Jedyny istniejący sterylizator na 80 butelek, który kupili własnym kosztem

lekarze, może obsłużyć tylko syfilityków. I tutaj sterylizacya mleka odbywać się tylko może dzięki uprzejmości siostr miłosierdzia, gdyż inna obsługa szpitalna raczej mogłaby popsuć sterylizator, niż puścić go w ruch. Dzieciom syfilitycznym dostarczyćby zaś trzeba mamek, dotkniętych tą chorobą, gdyż dotychczasowe doświadczenie uczy, że karmienie sztuczne jest dla nich zgubne.

Jeżeli, pomimo strasznie złych warunków, Dom Wychowawczy Warszawski daje w porównaniu z innymi domami jeszcze niezłe rezultaty, to przede wszystkim dzieje się to dzięki troskliwej opiece siostr miłosierdzia. Można powiedzieć, że one to swą pracą, swą wytrwałością, swem poświęceniem podtrzymują walący się gmach Baudouina. One są zarazem dozorczyniami i pracownicami w zadziwiający nieraz sposób stwarzają środki, których skąpią nam z zewnątrz.

Lecz siostr tych jest za mało. Są one przeciążone pracą i nieraz podobać jej nie mogą. Trzeba powiększyć ich liczbę i dać im do pomocy wykwalifikowane dozorzynie, przynajmniej po jednej na 10 niemowląt [około 20 na Dom Wychowawczy]. Dozorzynie te winny być dobrze płatne, aby się nie rekrutowały, jak cała dotychczasowa służba szpitalna, z wykolejonych niedołągów, którzy gdzieindziej miejsca znaleźć nie mogą.

Trzeba nareszcie [nie dlatego, abyśmy już wszystkie postulaty wyczerpać mieli, lecz że kończyć trzeba] podnieść wynagrodzenie kobiet wiejskich i przedłużyć termin płacenia za dzieci. Teraz często brak karmicielek wiejskich, a wtedy dzieci muszą zbyt długo pozostawać w szpitalu, co oddziaływa bardzo niekorzystnie na ich zdrowie.

Krótko mówiąc, żeby było lepiej, trzeba więcej pieniędzy. Od czasu Baudouina umiano tylko uszczuplać fundusze sierot, a nie powiększać. Szpital już August III w domu Baudouina urządzać zaczął szpital. Szpital ten stopniowo rozrastał się i powiększał, a dzieciom stopniowo miejsca odejmowano. Miasto wzrasta, a miejsc u podrzutek nie przybywa, lecz ubywa; budżet jest w ostatnich latach trochę większy, lecz nawet i w części nie odpowiada potrzebom.

To co się teraz robi: powiększenie płacy mamek, dodanie paru salek it. d., to są tylko półśrodki i połowicznie też tylko działać mogą. Trzeba reformy gruntownej a ta reforma może być przeprowadzona tylko przez powiększenie znaczne i stałe środków materyalnych Domu Wychowawczego.

Przeniesienie Domu na nową siedzibę będzie zapewne wielkim postępem; przynajmniej pozbedziemy się raz nagromadzonych przez wiek cały zarasków. Lecz należałoby się również pozbyć wiekowej zasady, że oszczędność jest największą cnotą przy administrowaniu zakładem. Teraz gdy chodzi o wybór pożywienia i mleka dla dzieci, o lekarstwa, to kwestyą rozstrzygającą o przydatności materyału, o możności użycia go, jest jego taniość, bo zakłady dobroczynne środków dostatecznych nie mają. To jest dobre, co tanie choć o tej taniości inaczej mówi przysłowie.

Dobre są nowe mury, jeżeli nie będzie w nich panować stara rutyna. Lecz dla tego, aby wstąpić na nowe tory, Dom Wychowawczy potrzebuje materyalnego i moralnego poparcia ze strony społeczeństwa. Dziś, jeżeli Dom Wychowawczy Warszawski wykazuje rezultaty nie ostatecznie złe, to zawdzięcza to pracy i trudom lekarzy i siostr miłosierdzia. Co trzeba zrobić i jak zrobić, to my lekarze wiemy i chętnie swą radą i pracą służyliśmy i służyć będziemy, obyśmy tylko mieli za co wykonywać nasze projekty.

Mówiąc o stosunku społeczeństwa do podrzutek, musimy wyłączyć z niego naszych włóścian. To są prawdziwi dobrodzieje podrzutek. Za marne wynagrodzenie karmią kobiety wiejskie niemowlęta, dozorują dzieci

drobne, a rodziny włościańskie przyjmują do grona swych członków biedne, opuszczone istoty. Znamy niejednego chłopca, co wyposażył i wydał za mąż kilkoro sierot; widzimy często kobiety wiejskie i dzieci — podrzutek, co zalewają się łzami, gdy przychodzi im rozstać się z sobą; znamy kobiety wiejskie, co od ust sobie odejmowały, aby zapewnić lepszą strawę chorym swym wychowańcom. To też i śmiertelność dzieci na wsi jest bardzo niewielką w porównaniu do śmiertelności w Domu Wychowawczym. Jest tak wielka, jak śmiertelność dzieci prawych wśród rodzin ubogich w New-Yorku. Rodziny włościańskie są rzeczywistymi opiekunami i dobroczyńcami podrzutek. Nie żądają one od nas rachunków, nie ciągną nas pod pręgierz i nie rzucają na nas oszczerstw, lecz w cichości wyręczają w obowiązkach całe społeczeństwo. Czyż zawsze włościanie tylko będą prowadzić dalej wielkie dzieło Bau-douina?

L I T E R A T U R A.

1) Sprawozdanie o ruchu ludności m. Warszawy za rok 1899. Dodatek do Nr. 215 Warsz. Gaz Pol. 18/31 Października 1899 r. str. 4. — 2) Rapport d'Inspection sur le service des Enfants Assistés de la Seine. Gestion de 1892. — 3) SILBERGLEIT. Über den gegenwärtigen Stand der Kindersterblichkeit. Hyg. Rundschau 1895 Nr. 6. — 4) BÖCKH. Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 1889/90. — 5) Annual Report of the Board of Health of the Health Department of the city New-York. 1891. — 6) Statuto organico e Regolamento interno dei R. Stabilimento dell'Annunziata di Napoli 1883. — 7) Von der Direction der niedösterreichischen Landesgebär- und Findelanstalt D. Nr. 185. 1888. — 8) ERSTEIN. Studien zur Frage von Findelanstalten Prag. 1882. — 9) Otezet po Impieratorskomu Moskowskomu Wospitatelnomu Domu za 1897. god Moskwa 1899. — 10) Otezet po Impieratorskomu S. Pietierburgskomu Wospitatelnomu Domu za 1898 god. Petersburg 1900. — 11) H. NEUMANN. Oeffentlicher Kinderschutz. Weyl's Handbuch der Hygiene. VII. T. str. 494 i 5. — 12) Statistique générale de la France. Statistique annuelle. 1889.

Przegląd bibliograficzny.

Dr. LUDOMIŁ KORCZYŃSKI, doc. patologii i terapii szczeg. w Uniw. Jagiell. **Zarys balneoterapii i balneografii krajowej** dla użytku lekarzy i uczniów. Kraków. 1900. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich EDW. KORCZYŃSKIEGO w Krakowie, str. XV + 487. Cena 6 zlr. w. a.

W 214 tomie Roczników SCHMIDT'a [1887] nieodżałowanej pamięci STANISŁAW SMOLEŃSKI ogłosił pracę o postępkach balneologii w ziemiach polskich ze szczególnem uwzględnieniem Galicji za ostatnie 5 lat. Od tego czasu nikt u nas o tej kwestyi nie pisał aż do r. 1896, w którym H. DOBRZYCKI wydał znaną swą książkę, uwzględniającą jednak tylko gubernie Królestwa Polskiego i najbliższe gubernie Cesarstwa. Komisya przemysłowo-balneologiczna Tow. Lek. Krak. od r. 1895 poczęła zbierać materiały do pracy, mającej być dalszym ciągiem pracy SMOLEŃSKIEGO i wezwała L. KORCZYŃSKIEGO do użytkowania odpowiedniego materiału. Taką jest geneza książki, z której treścią mamy poznać ogół lekarski.

Książka składa się z dwóch części. Część 1-sza jest to balneoterapia ogólna, obejmująca: 1) hydroterapię, 2) balneoterapię w ścisłszem znaczeniu i 3) klimatoterapię. Część druga obejmuje balneografię krajową, czyli abecadłowy opis wszystkich miejscowości leczniczych polskich.

Taki układ dzieła stanowi niemałą jego zaletę pedagogiczną, gdyż skupia w jednym miejscu i oświetla jednolicie wiadomości, które z natury rzeczy muszą iść ze sobą w parze.

H y d r o t e r a p i e posiadamy wprawdzie w oryginalnem opracowaniu **SMOLEŃSKIEGO**, ale praca **KORCZYŃSKIEGO** jest jeszcze treściwszą, a jako późniejsza zawiera więcej krytycznych uwag, np. tę, że dziś leczenie wodą w zakładach wodoleczniczych stanowi, co najwyżej, podstawowy, ale nigdy jedyńy czynnik leczniczy. Każdy lekarz znajdzie tu najpotrzebniejsze dla siebie wiadomości bez balastu cytat i historyi. Naturalnie, że w opisie urządzeń zakładu wodoleczniczego pominięto wiele szczegółów, które mogą obchodzić tylko specjalistę.

W b a l n e o t r a p i i, w ścisłem znaczeniu tego słowa, podano opis ważniejszych składników wód mineralnych wraz z ich działaniem fizyologicznem, dalej—podział wód mineralnych według ich składu chemicznego [podano również podział **LEHMAN'a**, uwzględniający własności farmakodynamiczne wód, oraz podział **GLAX'a**, który uwzględnia ciepotę wód i obecność gazów]. Przy opisie działania poszczególnych wód, podano skład chemiczny najważniejszych źródeł zagranicznych w porównawczem zestawieniu ze źródłami swojskimi—rzecz, którejby napróżno szukał czytelnik polski w podręcznikach obcych [z małemi wyjątkowemi]. W końcu tej części znajdujemy praktycznie nader ważny opis przetworów zdrojowych i kąpielowych, jak: ług, sól, muł, borowina, igliwie, oraz przetworów odżywczych: mleko, żętyca, kefir, kumys. Urządzenia zdrojowe i kąpielowe zawierają sporą garstkę praktycznych wskazówek co do ujmowania źródeł, czerpania wód mineralnych, ogrzewania ich i napełniania butelek, oraz niektórych urządzeń kąpielowych. Tu i owdzie rozrzucone uwagi, krytykujące nasze urządzenia kąpielowe, ożywiają dość suchy tekst; wolelibyśmy jednak, żeby uwag tych było więcej, żeby były obszerniejsze i oparte na znajomości miejscowych warunków. Korzyść z tej pracy, i tak pożytecznej, byłaby jeszcze większa. Wszak nieprędko znów się zdobędziemy na nową **Balneologię**.

K l i m a t o t e r a p i a, oprócz ogólnych zasag tej nauki, zawiera bardzo wiele danych, tyjących się klimatu naszego. Autor z niemałym trudem zebrał nietylko rozszane po różnych przewodnikach dane meteorologiczne, ale drogą osobistej korespondencji wydosłał z istniejących u nas stacyi meteorologicznych wiele szczegółów, któreby utonęły w niedostępnych dla ogółu sprawozdaniach. Dzięki tym, zasługującym na uznanie, zabiegom autora posiadamy, opartą na faktach, charakterystykę naszego klimatu górskiego i naszych nizin. **P o ł ą g a**, **S o b o t y**, **K o ł o b r z e g** tak są przez naszą publiczność zwiedzane, a niektóre i zamieszkane [Połąga], że nie uważalbyśmy tego za wielką **h e t e r o t o p i e**, gdyby autor dodatkowo w swej książce więcej o tych miejscowościach powiedział. Bez wielkiego naciągania uzupełnilibyśmy klimat swojski przez dodanie brakującego mu klimatu morskiego. Cały rozdział autor poświęca urządzeniu stacyi klimatycznych. Wartoby dodać przy końcu tego rozdziału, że **p i e r w s z y m** obowiązkiem miejscowości, mających pretensyę do miana stacyi klimatycznych, a nawet wprost miejscowości leczniczych, jest **p r o w a d z e n i e** stacyi **m e t e o r o l o g i c z n e j**, ogłaszanie sprawozdań itd, o czem wielokrotnie była mowa na posiedzeniach naszego Tow. higienicznego. Umieszczona w końcu **Balneoterapii** obowiązująca ustawa zdrojowisk galicyjskich, wzbudza w nas zazdrość a zarazem nadzieję, że i naszym zdrojowiskom może z czasem lepsza zaświeci gwiazda.

Trzecia część pracy **L. KORCZYŃSKIEGO** obejmuje abecadłowy opis zdrojowisk i miejscowości leczniczych na całym obszarze ziem, przez polaków zamieszkałych. Autor, skorzystał już to z mniej lub więcej dokładnych przewod-

ników, z książki DOBRZYCKIEGO, już też z osobistego kwestyonaryusza, który do wszystkich tych miejscowości rozsyłał. Nie pominął najmniejszego zakątka, który ma jakie takie warunki na miejscowość klimatyczną lub leczniczą, dla tego też nie jeden czytelnik spotka tu sporo zupełnie mu nieznanymi miejscowości. Tem lepiej, jeżeli chodzi o przedmiotową informację, ale w celach pedagogicznych dla czytelnika byłoby korzystniej, żeby autor podane wiadomości odpowiednio ugrupował, skracając tu i owdzie opis przydługi, zaznaczając brak niektórych danych, podnosząc w y r a ż n i e złe lub dobre strony danej miejscowości.

Rozumiem, że to jest rzecz niełatwa, czasem ryzykowna, gdyż można być poświadczonym o stronność, ale gdy chodzi o dobro powszechne można na te drobności nie zważać. Zachęta do poznania tego, co swoje, u nas zwłaszcza zawsze jest na miejscu, ale krytyka bezstronna i przedmiotowa to nieodzowny warunek wszelkiego postępu.

Wogóle dziełem swem L. KORCZYŃSKI zasłużył się dobrze naszej literaturze lekarskiej. Powinno się ono znaleźć w bibliotece każdego lekarza. Uważne przeczytanie tej książki uchroni niejednego od niewłaściwego zalecania chorym wyjazdów do miejscowości, nieznanym lekarzowi i choremu, oszczędzając temu ostatniemu niepotrzebnych kosztów i rozezaraowań. Dodanie odpowiedniej mapy z oznaczeniem miejscowości, wymienionych w tekście, podniosłoby wartość informacyjną balneografii krajowej. A. Puławski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

24. Nonne. Przyczynę do patologii nieropnych zapaleń mózgu.

Ostre nieropne zapalenie mózgu w ostatnich czasach zajmowało uwagę wielu autorów. Klinicznie i anatomicznie dawniej bardzo mało znane, cierpienie to obecnie jest przedmiotem cisłych badań, budząc wielkie zainteresowanie wśród neuropatologów. Od czasu, kiedy uwaga specjalistów wróciła została na zapalenie mózgu, cierpienie to częściej bywa rozpoznawane, choć różniczkowe rozpoznanie przedstawia jeszcze wiele trudności, zwłaszcza od różnych rodzajów zapaleń opon mózgowych. NONNE w obecnej pracy zebrał duży materiał, mianowicie 12 przypadków zapalenia mózgu ostrego, nieropnego. Prace licznych autorów dowiodły, że influenza odgrywa wybitną rolę w etiologii zapaleń mózgu. Podczas, gdy dawniej rokowanie przy zapaleniu mózgu było bardzo poważne, to obecnie w miarę zwiększania się liczby spostrzeżeń, przekonano się, że zapalenie mózgu może być wyleczone. Już BUECHLER opisał możliwość pomyślnego zejścia zmian anatomicznych. Zmiany te zaś są makroskopowo: przekrwienie, krwotoki, obrzmienie dotkniętych części mózgu; pod drobnowidzem widać krwotoki naokoło naczyń, wystąpienie ciałek krwi do tkanki mózgowej, nacieczenie drobnokomórkowe w ściankach naczyń krwionośnych. Prace OPPENHEIM'a wykazały, że tkanka nerwowa w dotychczas badanych na sekcji przypadkach zapaleń mózgu albo zostaje zupełnie nietknięta, albo dotknięta nieznacznie, albo też bardzo znacznie. Znajdowano różnorodne zmiany jak w komórkach, tak i we włóknach nerwowych. Z tych komórek i włókien niemała część zdolna jest do regeneracji. Ogłoszono dotychczas liczne spostrzeżenia powrotu do zdrowia; zwłaszcza interesującym jest przypadek OPPENHEIM'a, w którym rozpoznano za życia zapalenie mózgu ostre, nieropne i pacjent zmarł w kilka miesięcy potem z innego powodu. Anatomiczne badanie w miejscu, wskazanem za życia, wykryło bliźnę. 10 przypadków NONNE'go, spostrzeganych klinicznie, zakończyło się zupełnym

lub częściowem wyzdrowieniem; 5 z nich dotyczyło zapalenia półkul mózgowych, 5 przypadków zapalenia mózdzku lub dróg, prowadzących z mózdzku do mózgu. 2 przypadki zakończyły się śmiercią i zostały poddane szczegółowemu badaniu anatomiczno-patologicznemu. We wszystkich powyższych przypadkach cierpienie rozpoczynało się ostro, gorączką, zupełną lub częściową utratą przytomności, bólami głowy, po części wymiotami, sztywnością karku; wkrótce potem występował objaw ogniskowy ze strony mózgu, jak: zaburzenia mowy, porażenie lub osłabienie jednej lub dwóch kończyn. Następnie objaw ogniskowy występował na pierwszy plan i trwał parę lub więcej tygodni. Cierpienie w większości przypadków kończyło się wyzdrowieniem zupełnem. Przy różniczkowem rozpoznaniu największą trudność przedstawia zapalenie opon mózgowych, którego objawy w wielu przypadkach zapalenia mózgu występują jasno, utrudniając rozpoznanie właściwego cierpienia. Dotychczas prawie wyłącznie spostrzegano zapalenie ostre samego mózgu. NONNE w obecnej pracy ogłosił aż 5 przypadków zapalenia mózdzku. Raz przyczyną cierpienia było porażenie słoneczne. Jeden z przypadków, zakończonych śmiercią, dotyczył 23-letniego mężczyzny, który nagle zachorował przy ogólnych objawach mózgowych; wkrótce wystąpiło porażenie połowiczne, następnie osłabienie ruchowe jeszcze jednej kończyny, bolesność karku, rozszerzenie jednej źrenicy, osłabienie oddziaływania obu źrenic na światło. Objawy powyższe przy niezbyt wysokiej gorączce wzmagały się w ciągu 5-iu dni, poczem nastąpiła śmierć. Szczegółowe badanie anatomiczno-patologiczne nie wykryło w mózgu zmian żadnych. Dotychczas nie spostrzegano tego faktu, że może się rozwinąć obraz ostrego nieropnego zapalenia mózgu, prowadzącego do śmierci, bez możności stwierdzenia, przy dzisiejszych metodach badania, jakichkolwiek zmian makro- i mikroskopowych w mózgu. Jak wiemy w literaturze istnieją ogłoszone spostrzeżenia cierpień nerwowych z zejściem śmiertelnem, w których na sekcji nie znajdowano zmian żadnych.

Drugi przypadek, zakończony zejściem śmiertelnem, spostrzegał autor u 32 letniej kobiety, cierpiącej na suchoty płuc. W tym samym przypadku wystąpiły jednocześnie objawy ogniskowe ze strony mózgu, pozwalające rozpoznać ostre nieropne zapalenie mózgu, i objawy zapalenia opon mózgowych. Po tygodniowem trwaniu cierpienia nastąpiła śmierć. Badanie pośmiertne wykryło: gruźlicze zapalenie opon mózgowych i na ogromnej przestrzeni *encephalitis haemorrhagica*. Początek cierpienia, zdaniem NONNE'go, dało gruźlicze zapalenie naczyń krwionośnych. *Meningo-encephalitis syphilitica* z rozległemi rozmiękczeniami tkanki mózgowej znane jest oddawna, ale zupełną nowością jest przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowych takie rozległe zapalenie mózgu. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* T. 18). K. Stróżeński.

25. Cohen-Kysper. Przyczynek do patogenezy i terapii astmy.

Astmę uważamy oddawna jako nerwicę, zależną bardzo często od cierpienia różnych narządów. Z pośród różnych teorii najczęściej rozpowszechniona jest ta, podług której astma powstaje przez odruch ze strony błon śluzowych; szczególniejsze stosuje się to do astmy, zależnej od zmian patologicznych nosa, jak również i innych dróg oddechowych. Znajdowano oddzielne pobudliwe miejsca [*Reizzone*] na błonie śluzowej nosa, których podrażnienie wywoływało atak astmy; niektórzy zaś przypuszczali, że niema specjalnych punktów pobudliwych i podrażnienia jakiegokolwiek bądź miejsca błony śluzowej nosa jest w stanie wywołać atak astmy. Podrażnienie wywołane być może przekrwieniem muszki nosowych, przerostem ich, obrzmieniem polipów etc. Przeciw powyższej teorii, zdaniem autora, przemawiają kliniczne spostrzeżenia. Przedewszystkiem teoria ta objaśnia dostatecznie tylko powstawanie każdego oddzielnego ataku astmy, czyniąc go przytem zależnym tylko od miejsc pobudliwych błony śluzowej nosa, zupełnie nie zwracając

uwagi na inne wywołujące momenty, jak: afekt, zmiana pogody etc. Następnie, jeśli teoria powyższa ma pewne zastosowanie do przypadków astmy pochodzenia nosowego, to nie objaśnia ona patogenetyzmy, zależnej od wyrosła adenoidalnych i przerostu migdałów, na co zwrócili uwagę SCHUCH i M. SCHMIDT. Autor zwraca również uwagę na pewne nerwice dróg oddechowych, zbliżone do astmy, których również nie wyjaśnia dostatecznie ta teoria. Nerwice te różnią się od astmy, że w płucach podczas ataku nie znajdujemy żadnych zmian; autor nazywa je *pseudoasthma*. Nerwice te objawiają się lekką wdechową dusznością; chorzy bardzo głęboko oddychają, mimo to mają jednak wciąż uczucie braku powietrza, jednocześnie zjawia się uczucie strachu i bicia serca. Ataki te występują najczęściej w warunkach, utrudniających oddychanie, a mianowicie, w źle przewietrzanych mieszkaniach, przy szybkim ruchu etc. U tego rodzaju chorych znajdujemy często zmniejszoną drożność nosa, pacjenci jednak sami nie zwracają uwagi na upośledzone oddychanie nosem. Przyczynę tego autor upatruje w tem, że i w normalnych warunkach wrażenia, jakie otrzymujemy ze strony dróg oddechowych są bardzo nieznaczne, dlatego też nie odczuwamy mechanicznych przeszkód dla oddychania, jeżeli te nie są zbyt wielkie i powoli powstają; uwagę pacjenta zwraca właściwie utrudniona praca mięśni oddechowych (*respiratorische Muskelarbeit*), która powstała pod wpływem mechanicznej przeszkody. Sprzyja temu ta okoliczność, że wrażenia, jakie otrzymujemy ze strony mięśni oddechowych, są tem subtelniej rozwinięte, im słabsze są wrażenia ze strony błon śluzowych dróg oddechowych. Jasnym jest, że wrażenia ze strony mięśni dróg oddechowych, uczucie oddychania (*Athmungsempfindung*), jak je autor nazywa, częściej i intensywniej będą pobudzone, jeżeli istnieje przewlekła przeszkoda dla oddychania, tembardziej w tych razach, jeżeli przeszkoda ta podlega częstym zmianom, jak to zwykle bywa przy zwężeniu nosa. Pod wpływem przewlekłej przeszkody oddychania może się rozwinąć nadczułość uczucia oddychania (*Hyperaesthesia der Athmungsempfindung*). W ten sposób objaśnia autor pewne formy pseudoastmatycznych nerwic oddechowych [np. przypadki duszności w źle przewietrzanych lokalach], które znajdują się często w związku z mniejszą drożnością nosa. Astmę, zdaniem autora, również uważać należy, jako skutek nadczułości uczucia oddychania. Pozostaje tylko stwierdzić fakt, czy zmiany ze strony dróg oddechowych, uważane jako przyczyna astmy, połączone są ze zwężeniem. W rzeczywistości tak jest; różne nowotwory błony śluzowej nosa, przerost muszel, skrzywienie przegrody, tworzenie się krust przy zanikowym katarze nosa, przerost migdałów, wyrosła adenoidalne—wszystko to wywołuje przewlekłą przeszkodę dla oddychania. Wiele przypadków przemawia za tem, że zwężenie nosa jest w stanie wywołać astmę. Autor obserwował cały szereg przypadków, gdzie w nosie nie było żadnych patologicznych zmian, a przyczynę astmy upatrywać należało w budowie kości nosa lub też w nadmiernym rozwoju muszel kostnych nosa, które wywoływały zwężenie kanałów nosowych. Zmiany w płucach, jakie znajdujemy podczas ataku astmy, autor uważa jako objawy autyngnio-ruchowo-wydzielnicze, a nie *catarrhus acutissimus* lub *bronchiolitis exsudativa*, jak większość autorów przypuszcza. Mamy tu do czynienia z czysto nerwowem zбочeniem funkcyjnalnem, jak to ma miejsce w innych nerwicach wydzielniczych, a mianowicie, w nerwowym ślinotoku lub też przy *rinitis vasomotoria*. Co się tyczy leczenia astmy, to należy w każdym przypadku zwracać uwagę na istniejące przeszkody dla oddychania i usuwać je. Zastosowane tu być mogą wszelkie środki ściągające, przypalania błony śluzowej nosa galwanokauterem; tam zaś, gdzie zwężenie nosa zależne jest od nadmiernego rozwoju muszel, należy je w części lub też *en masse* rezekować. Autor opisuje przypadek ciężkiej astmy, trwającej 26 lat, wyleczony za pomocą rezekcyi nadmiernie rozwiniętej muszli dolnej. Charakterystycznym jest dla danego przypadku, że chora sama subiektywnie nie odczuwała zatkania nosa i tylko po zwróceniu na to uwagi ze stro-

ny lekarza, zauważyła, że nosem źle oddycha. Autor obserwował 21 podobnych przypadków. W niektórych przypadkach trudno powiedzieć, czy astma zależy od zmniejszonej drożności nosa, szczególnie w tych razach, gdzie zmiany obiektywne są nieznaczne. Jeżeli po zakokainowaniu nosa chory źle oddycha, to z pewnym prawdopodobieństwem możemy stwierdzić, że astma jest pochodzenia nosowego. Wyniki leczenia nosa przy astmie nie zawsze są dodatnie, gdyż z biegiem czasu astma może się stać samodzielną nerwicą, niezależną już od mechanicznej przeszkody ze strony nosa.

(*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1900 Nr. 46).

Maurycy Hertz.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— † — † —

— WORMSER i BURCKHARD spozstrzegali 3 przypadki zgorzeli kończyn dolnych, która rozwinęła się podczas położu. Cierpienie rzadkie, a w podręcznikach dotychczas zupełnie pomijane. Przypadek WORMSER'a dotyczył zdrowej, silnej położnicy, która po drugim prawidłowym porodzie dostała zakrzepu *venae saphenae* kończyny lewej, a następnie zgorzeli. U chorej teraz dopiero wystąpiła wada serca; razem więc z zapaleniem żyły rozwinęło się prawdopodobnie i zapalenie wsierdzia i ono to stało się powodem zatoru *arteriae tibialis anticae*, który wykryto następnie, przy badaniu anatomicznem odjętej kończyny, obok zakrzepów żył. Przypadek BURCKHARD'a: 1) dotyczył wieloródki, u której przy zaniedbanem poprzecznem położeniu nastąpiło pęknięcie macicy. Wystąpiła *endometritis puerperalis*, a następnie zgorzel kończyny lewej dolnej. W odjętej kończynie wykryto zupełny zakrzep żyły kolanowej. Pośrednią przyczynę zakrzepu B. upatrjuje w pęknięciu macicy, a raczej w zależnym od niego wylewie krwawym do lewego przymacicza, który spowodował ucisk na żyły pod nim leżące. W 2) przypadku BURCKHARD'a [miednica rachityczna, płaska] zgorzel lewej stopy i goleni wystąpiła u położnicy, u której, po sztucznem wywołaniu przedwczesnego porodu nastąpiło, podczas obrotu na nóżki i wydobywania główki, pęknięcie spojenia łonowego. Po odjęciu kończyny w górnej trzeciej części goleni, stwierdzono zakrzep *arteriae tibialis posticae*. Przyczynę zakrzepu B. skłonny jest przypisać sprawie zatorowej. W literaturze znaleziono jeszcze 14 przypadków zgorzeli płożowej kończyn dolnych.

(*Centralblatt f. Gynäk.* 1900. Nr. 44 i 51).

Z.

— L. LANDAU podaje następujący sposób wczesnego wykrywania u kobiety wolnego płynu w jamie brzusznej (*ascites*): Przy badaniu dwuręcznem w położeniu zwykłem, już wobec zebrania się małej ilości wolnego płynu w jamie brzusznej, nie można palcami objąć macicy, palce też obu rąk nie spotykają się po jej bokach; sama zaś macica daje palcom badającym wrażenie, jak gdyby spoczywała na poduszce, wypełnionej powietrzem lub wodą. Gdy zaś kobietę umieścimy w położeniu TRENDELENBURG'a, otrzymamy przy badaniu dwuręcznem wynik odmienny: macica da się objąć palcami, palce zaś spotykają się po jej bokach, płyn bowiem zdążył już odpłynąć ku przeponie. Wczesne wykrycie wolnego płynu w jamie brzusznej może mieć znaczenie pod względem leczniczym, gdyż niezrządco *ascites* jest pierwszym objawem złośliwego guza jamy brzusznej. Wczesne więc rozpoznanie nowotworu pozwoliłoby wczesne też usunięcie jego.

(*Centralblatt f. Gynäk.* 1900. Nr. 45).

Z.

— Dr. RANSON [Brit. med. Journal. 1900] zaznacza, iż w Anglii, w różnych sferach towarzyskich rozpowszechnia się sposób spędzania płodu przez wywołanie zatrucia ołowianego spożywaniem diachylum. W kilku przypadkach takich, prócz samych objawów otrucia ołowiem, występowały objawy *encephalopathiae saturninae*. W. G.

Wydawca D-r Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 1 Января 1901. Друк Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8

Sanatorium Charlottenhaus

WROCLAW THIERGARTENSTRASSE 55/57

dla chorób wewnętrznych i nerwowych (gościec stawowy i mięśniowy i t. d.),
dla kuracyi tuczającej i odtłuszczającej, szczególnie wskazane dla pobytu na
jesieni i w zimie. 5—5

Prospekty gratis.

D-r A. Sachs.

D-r S. Winkler.

Ferd. Mülhens

KOLONIA — RYGA.

Mydła lecznicze wysokich zalet według przepisu 10--7

D-ra J. Eichhoffa.

Ichtyolowe.—Tymolowe.—Salicylowe.—Rezorcynewe.—Rezorcynewo-salicylowe.—Borne.—Benzoesowe.—Rezorcynewo-salicylowo-siarkowe.—Sublimatowe.—Smolowe.—Siarkowe.—Naftolowo-siarkowe.—Przetłuszczone i t. d.

Sprzedaż w Aptece K. WENDY

Krakowskie-Przedmieście Nr. 45.

WESBADEN

Zakład zdrojowy

NEROTHAL

D-r Schubert 0—4

D-r Pruss-Mierzwiński.

ZAKŁAD CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNY

D^{ra} REICHSTEINA

Warszawa, Leszno 31.

przyjmuje z chorobami chirurgicznymi, ze skrzywieniami kręgosłupa, kończyn chorobami stawów, mięśni i do masażu od g. 4—6. W Pracowni Ortopedycznej przy Zakładzie wyrabiają się przy udziale specjalistów: gorsety, przyrządy na kończyny (Schienen-Hülsenapparaten Hessinga), sztuczne kończyny, wszelkie pasy rapturowe i brzuszne i t. d. 8—7