

GAZETA LEKARSKA

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ ODDZIAŁU DOKTORA KRAJEWSKIEGO
W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Przyczynek do morfologii krętka bladego.

Podał

Leon Karwacki.

Badania moje opierają się na materyale klinicznym, obejmującym 82 przypadki syfilisu nabytego i 2 — syfilisu dziedzicznego. Krętki znalazłem w 56 u zmianach. Do badań morfologicznych posługiwałem się wyłącznie sokiem z gruczołów i sokiem z nieuszkodzonych zmian skórnych. Preparaty barwiłem azurem - eozyną lub też bejcowałem i traktowałem roztworem zwykłym fioletu gencyanowego w 1%-owej wodzie karbolowej. Ponieważ na zwykłym rozartym preparacie po bejcowaniu tło również barwi się mocno, i pasorzyty nie odcinają się dość wyraźnie, sporządziłem preparaty, jak do barwienia rzęsek. Na starannie oczyszczone szkiełko przedmiotowe kładłem szereg kropli wody destylowanej lub roztworu fizyologicznego i uszkiem igły platynowej, zawierającym badany sok, dotykałem każdej kropli kolejno. W ten sposób ostatecznie krople zawierały mało części organicznych. Suchy preparat utrwaląłem na ogniu i nalewałem na 15 minut bejcy PEPPLER'a. Po dokładnem zmyciu wodą i osuszeniu barwiłem przez 2 — 5 minut fioletem gencyanowym. Po powtórnem nader dokładnem wymyciu preparat przykrywałem balsamem i oglądałem.

Sposób ten ogromnie ułatwia badanie: krętków nie trzeba wyszukiwać z mozołem, jak po barwieniu azurem - eozyną, lecz wprost nie można ich przeoczyć. Jedyłą wadą tej metody jest brak różniczkowania się kolorowego części składowych pasorzytu, nie pozwala ona przeto wejrzeć do budowy wewnętrznej.

Spotykane przeze mnie twory domniemanie—pasorzytnicze dadzą się ugrupować w trzy szeregi: krętki, twory ziarniste i twory świdrowcowe.

Obok krętków o czystym typie SCHAUDINN'owskim spotykałem postaci, zawierające ziarnistości i pierścienie, opisywane przez wielu badaczy.

Dość często spotykałem krętki w fazie podziału podłużnego w postaci wideł lub litery V. Sądzę, że to jest jedyny sposób bezpłciowego rozmnażania się krętków. Obrazy rzekomo wskazujące na podział poprzeczny, mogą powstawać jako następstwo podziału podłużnego, gdy krętki dokonają obrotu w 180°, nie tracąc łączności ze sobą.

Twory ziarniste są to ziarenka wielkości gronkowca i mniejsze, okrągłe owalne lub gruszkowate. Leżą bądź pojedynczo, bądź dwójkami, bądź gromadkami. HERXHEIMER i OPIFICIUS przyznają im budowę komórkową. Pewna część tych ziaren zawiera w środku wolną przestrzeń. Brutalność mojej metody uwydatniania tych tworów nie pozwala mi wypowiedzieć się stanowczo, czy jest to ich postać właściwa, czy też następstwo kurczenia się części obwodowej wskutek bejcowania.

Pewna część ziaren posiada biczyki pojedyncze, lub podwójne, różnej długości.

Twory te odpowiadają najzupełniej morfologii cytoryktesów SIEGEL'a. Czasami ziarna spotykają się w soku przymiotowym obok krętków, czasem stanowią pierwiastek wyłączny.

W jednym przypadku zaniedbanego syfilisu w soku gruczołowym znalazłem obok ziaren postaci o morfologii świdrowcowej. [Rys. 1].

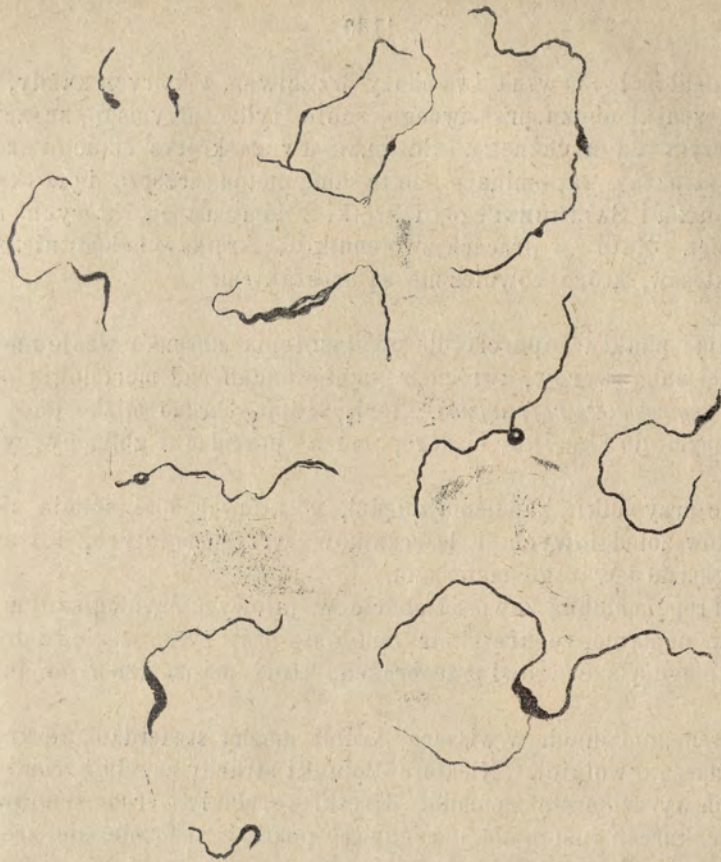
Były to twory długości od 3-ch do 10-u μ , dość grube, zaostrome na końcach i łagodnie wygięte. Od jednego lub od obydwóch zaostromionych końców odchodziły bardzo długie bicze. Czasem od środka ciała odchodził jeszcze trzeci biczyk dodatkowy.

Interpretacja tych obrazów następuje poważne trudności; mogą to być pasorzyty różne, albo też postaci jednego wielopostaciowego pasorzyta.

Aczkolwiek SCHAUDINN i HOFFMANN już w pierwszej swej pracy wypowiedzieli pogląd, że krętek bładny jest pierwotniakiem, i aczkolwiek wszyscy wybitniejsi badacze syfilisu godzą się na ten pogląd teoretycznie i posilkują się nawet sugestyjną nazwą—*treponema*, praktyka nie liczyła się z nim—można powiedzieć—zupełnie. Dla ustalenia wartości przyczynowej krętka szukano wyłącznie czystego typu SCHAUDINN'owskiego i na nim opierano wnioski badania bakteriologicznego. A jednak, jeżeli krętek jest pierwotniakiem, musi być zarazem tworem wielopostaciowym i musi dokonywać całego cyklu rozwojowego, do którego jest zdolny, w zarażonym ustroju ludzkim, gdyż przymiot przechodzi od człowieka na człowieka bez pośrednictwa innych ustrojów zwierzęcych, jak na przykład zimnica lub świdrowica.

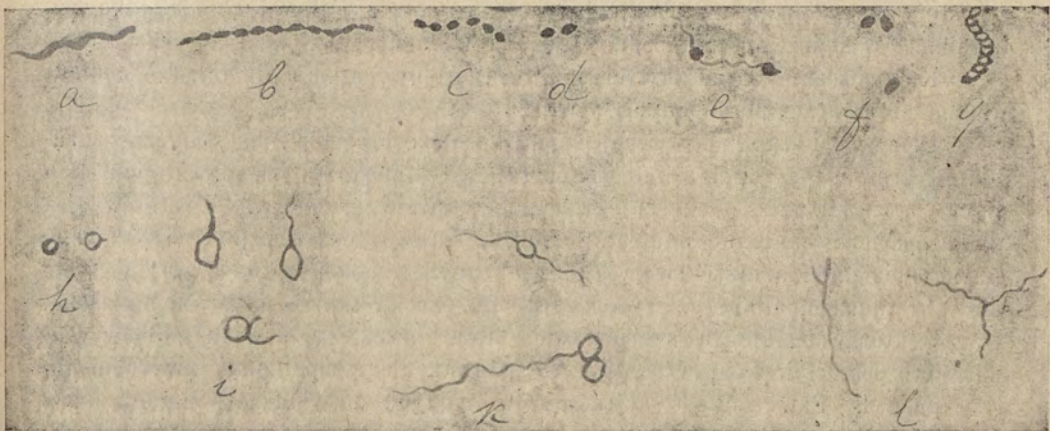
Nadzwyczaj doniosła sprawa przyczynowości zepchnęła na plan podrzędny sprawę możliwych przeobrażeń. Wszelkie odchylenia od typu zwykłego włączano w ramy zwyrodnienia. W ten sam sposób zakwalifikowano bogatą morfologię postaci, zebranych przez KRZYSZTAŁOWICZA i SIEDLECKIEGO, którzy zapoczątkowali badania nad przeobrażaniem się krętka bladego.

Dualizm etyologiczny, wytworzony przez badania SIEGEL'a i jego zwolenników, nie tylko nie pogłębił morfologii świdrowca przymiotowego, ale prze-



Rys. 1.

Cytoryktesy i postaci świdrowcowe. Preparat bejcowany i barwiony fioletem genecyanowym.
Immersya. OC. 6, ob. $\frac{1}{16}$.



Rys. 2.

Przeobrażenia krętka żółdziowego. Barwienie i powiększenie, jak w poprzednim.

ciwnie podzielił badaczów na dwa obozy przeciwne, z których każdy, ignorując kompletnie wyniki obozu przeciwnego, sobie tylko przypisuje zaszczyt posiadania pasorzyta autentycznego. SCHULZE uważa krętka bladego srebrzonego za wytwór sztuczny, zapominając, że tą samą metodą srebrzą się w tkance krętki MARCHOUX'a i SALIMBENI'ego, i krętki z jamy ustnej, których chyba nie uważa za myt. Zato w pracach zwolenników krętka bladego niema miejsca dla cytoryktesów, które również nie są artefaktem.

Szukając punktu oparcia dla wyjaśnienia stosunku wzajemnego opisanych przeze mnie tworów, zwróciłem się do badań nad morfologią krętka żółodziowego (*spirochaete refringens*), który, stojąc bardzo blisko pod względem morfologicznym do krętka bladego, może posiadać i zbliżony cykl przeobrażeń.

Pewne przypadki zapalenia żółodzi, w których flora składa się wyłącznie z krętków żółodziowych i laseczników wrzecionowatych, dostarczyły mi w tym względzie bogatego materiału.

Jeżeli ropę podobną zawiesić obficie w jałowym fizyologicznym roztworze i trzymać w cieplarni, to krętki utrzymują się przy życiu w ciągu dość długiego czasu i ulegają szeregowi przeobrażeń, które można dzień po dniu kontrolować.

Po 24-ch godzinach w wiszącej kroplicy można stwierdzić, że krętki poruszają się znacznie wolniej. Niektóre osobniki straciły zupełnie ruchy dowolne, a postać ich wyraźnie się zmieniła. Krętki zgrubiały, obroty śrubowe straciły wyrazistość, kuczliwość ciała i zmienność postaci znacznie się zredukowały. Obok postaci krętkowych spotykają się ziarna różnej wielkości i owalne lub okrągłe twory pierścieniowe, puste w środku.

Spotykałem też w niewielkiej ilości ciała półksiężycowe lub gruszkowate, posiadające na obydwóch biegunach wyraźne krótkie bicze i dłuższy biczyk dodatkowy, odchodzący od środka ciała, obdarzone żywym ruchem wirowym i postępowym skaczącym. Podobne twory, wprawdzie niezmiernie rzadko, widziałem i w świeżej ropie, badanej bez barwienia.

Kolejność i mechanizm tych przeobrażeń uwydatniają się bardzo dokładnie na preparatach barwionych. [Rys. 2].

Pierwszym etapem poczynającego się przeobrażenia jest znaczne zgrubienie krętka, przyczem ciało jego staje się niezgrabnym. Następnie albo w całym krętku, albo w części jego różniczkują się zgrubienia. Krętek wygląda jak paciorki nanizane na gruby sznurek. Dalszym okresem jest rozpad krętka na oddzielne ziarniste twory. Segmentacja ta dokonywa się albo w całym ciele krętkowym, albo też tylko pewna część krętka rozpada się na ziarna. Część, która nie uległa segmentacji, może przez czas pewien zachowywać właściwą postać krętka, w następstwie jednak ulega zupełnemu zwyrodnieniu i rozpadowi. Pewna część krętków w toku tych doświadczeń umiera i bez poprzedniej segmentacji. Twory podobne cechują się nadzwyczaj słabym powinowactwem barwikowym, wyglądając jak cienie krętków normalnych. W takim krętku można dostrzedz często rozpad podłużny na niezmiernie cienkie

blade pasemka. Druga postać cytolizy jest to zwyrodnienie bryłkowane. Bezkształtne bryłkowane produkty bakteryolizy nie przypominają w niczem opisywanych wyżej tworów ziarnistych.

W tych razach, gdy tylko jeden lub dwa segmenty w ciele krętkowem ulegają przeobrażeniu, powstają twory z paciorkowatym zgrubieniem po środku lub na końcu. Czasem podobny segment wydala się częściowo z ciała i przedstawia się w postaci przydatka.

Następstwem segmentacji jest powstawanie tworów paciorkowcowych. Każde ziarno przedstawia się początkowo jak jednostajny duży ziarnik. Dalszy rozwój ziarników dokonywa się w ten sposób, że w ziarenku powstaje pusta przestrzeń w środku. Ziarno się powiększa, a część obwodowa staje się cieńsza. Na preparatach barwionych azurem-eozyną część środkowa nie przedstawia się pustą, lecz zabarwioną na kolor blade-różowy, obwodowa zaś jest ciemno-fioletowa. Na preparatach bejcowanych nitki wewnętrzne i zgrubienia obwodowe również wskazują na obecność budowy wewnętrznej w podobnych pozornie pustych pierścieniach.

Twory pierścieniowe leżą albo w jednym szeregu, wykazując związek genetyczny z pierwotnym łańcuszkiem segmentacyjnym, albo też są porozrzucone nieprawidłowo w różnych miejscach preparatu. Postać ich bywa owalna lub okrągła. Wymiary dochodzą do wielkości dużego ziarnika.

Niektóre z ziarenek i pierścieni posiadają po jednym lub po dwa biczyki różnej długości. W wiszącej kropli posiadają ruchy dowolne.

Takiej samej ewolucji ulegać mogą segmenty, nie wydalone na zewnątrz z ciała krętkowego. Wtedy powstają bardzo ciekawe obrazy, zbliżone do postaci cytoryktesowych. W niektórych razach trudno rozstrzygnąć, czy dany twór powstał z ziarna pojedynczego, przekształconego w pierścień, przy współrzednym rozwoju długich biczyków na obu końcach, czy też jako następstwo ewolucji jednego segmentu, znajdującego się w środku ciała krętkowego.

Doświadczenia te powtarzałem kilkakrotnie i stale otrzymywałem te same wyniki. Na tych postaciach przeobrażenia krętkowe się kończyły. Mniej więcej po tygodniu zawiesina zawierała wyłącznie produkty rozpadowe bezkształtne i barwiące się nader słabo.

W jaki sposób z tworów, odpowiadających morfologicznie tak zwanym cytoryktesom, wytwarzają się postaci świdorcowe, ustalić nie mogłem, gdyż te ostatnie postaci spotykałem rzadko.

Prawdopodobnie warunki moich doświadczeń nie nadawały się do otrzymania całego cyklu rozwojowego *treponema refringens*.

Wnioski z tych poszukiwań są następujące: krętek załamujący światło ulega bardzo bogatym przeobrażeniom morfologicznym, które wskazują na jego przynależność pierwotniakową.

Przeobrażenia posiadają określony porządek w tym sensie, że krętek częściowo lub całkowicie przeistacza się w twory ziarniste. Twory ziarniste, dojrzewając, przyjmują wygląd zbliżony do wiciowców [okres ten możnaby nazwać analogicznie do terminologii SIEGEL'a „*cytorrhycles refringens*“]. Bardzo

prawdopodobnem jest, że „cytoryktesy żołądziowe“ przeistaczają się w „świdrowce żołądziowe“.

Zwracając się do badań cudzych, muszę zwrócić uwagę na jeden szczegół z pracy LEVADITI'ego, dotyczący hodowli krętka żołądziowego. Badacz ten stwierdził, że u krętków wyjętych z woreczków kolodjonowych, istnieje wzdłuż ciała szereg punktów chromatynowych, różniczkujących się przy barwieniu azu-rem-eozyną.

Otóż te punkty stanowią podłoże anatomiczne i są niejako predestynowane do zmian segmentacyjnych, które opisałem. Segmentację wyraźną widać także na rysunkach ZETNOW'a, przytoczonych w końcu jego pracy. Preparat pochodzi od KOCH'a i był barwiony fuksyną.

Ze skąpych danych literackich powołam się jeszcze na komunikat KUNSTLER'a i GINESTE'a: badacze ci u *spirochaete periplanetica* stwierdzili również regularny szereg punktów chromatynowych, ułożonych wzdłuż ciała.

Otóż jeżeli przyjmiemy, że wytwarzanie się ziaren u krętków nie jest zjawiskiem degeneracyjnem, lecz rozwojowem, dokonywajacem się na podstawie specjalnej budowy anatomicznej, to „*formes variqueuses*” krętka bladego, lub ziarnistości HERXHEIMER'a będą odpowiadały ziarnistościom segmentacyjnym u *spirochaete refringens*. Twory te stanowią ogniwo, łączące krętka SCHAUDINN'owskiego z cytoryktesem SIEGEL'a.

Przeglądając uważnie preparaty, szczególnie bogate w krętki blade, odszukałem pośród postaci atypowych całą gamę przemian stopniowych, odpowiadającą najzupełniej przeobrażeniom krętka żołądziowego, a więc łańcuszki segmentacyjne, ziarna wolne i połączone z ciałem krętkowem, twory pierścieniowe, ziarna i pierścienie z biczykami.

Spostrzeżenia te nasuwają wniosek, że krętek i cytoryktes są tym samym pasorzytem w różnych okresach rozwojowych. Dalej wykrycie obok cytoryktesów tworów o morfologii wyraźnie świdrowcowej dowodzi, że te dwie postaci bynajmniej nie wyczerpują wszystkich przemian krętkowych, i że cytoryktesy mogą przeobrażać się następnie w świdrowce.

W toku badań zwrócił moją uwagę jeden szczegół, który powtarzał się dość stale: oto im dłuższy czas upłynął od okresu zarażenia się syfilisem, tym stosunek cytoryktesów do krętków powiększał się. W kilku przypadkach starego przymiotu zaniedbanego i w wykwitach skórnych u chorego, które powstały w 28 lat po zarażeniu, znajdowałem cytoryktesy w postaci wyłączonej. Kliniczna strona ostatniego przypadku jest dość ciekawa, gdyż na kilkanaście lat przed wykwitami obecnymi [2 grudki na przedramieniu, jedna na udzie i *ecthyma* na plecach], które mają charakter zmian drugorzędnych, chory miał typowe zmiany trzeciorzędne.

Ten stały przyrost cytoryktesów w miarę trwania przymiotu, może warunkować się aktami odpornościowymi: *treponema pallidum* może być odporniejszą na działanie ciał ochronnych w postaci cytoryktesu, niż w postaci krętka. Być może, że wpływ ten decyduje i o morfologii zarazków przymiotowych w ustroju niższych zwierząt, SIEGEL bowiem i inni zwolennicy cytoryktesów dowodzą, że po zaszczepieniu zwierząt laboratoryjnych produktami syfilisu

ludzkiego we krwi tych ostatnich powstaje kolosalne rozmnażanie się cytoryktesów. Bezwzględna wartość tych spostrzeżeń osłabia tylko jeden fakt, mianowicie, że SIEGEL neguje kompletnie wartość przyczynową krętka bladego, a SCHULZE nawet jego istnienie. Metoda zaś barwienia, podana przez SIEGEL'a, nie pozwala w żadnym razie wykryć krętków, nawet gdyby one istniały.

Już po ukończeniu tej pracy dowiedziałem się o komunikacie LEUBIAUX'a i GEETS'a w sprawie hodowli krętka bladego na pożywce laboratoryjnej. Obrazy, obserwowane przez tych badaczy pod mikroskopem, wykazują fazy rozwojowe, zgodne w głównych zarysach z moim poglądem.

Moje poszukiwania w sprawie sztucznych hodowli dowodzą również, że okres ziarnikowy stanowi jeden z etapów w rozwoju *treponema pallidum*. Praca w tym kierunku nie jest jeszcze ukończona, powstrzymuję się więc od dalszych wywodów, tem bardziej, że szkic obecny w całym swem założeniu stoi wyłącznie na gruncie czysto morfologicznym.

II. Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu eklampsyi porodowej.

Podał

Stanisław Cykowski,

b. ordynator etatowy Instytutu Położniczego w Warszawie.

[Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek w dniu 22.V. 1906 r.].

[Dokończenie. — Patrz N. 44].

Poglądy M. CHARPENTIER'a wypowiedziane w paryskiej Akademii lekarskiej, zostały streszczone przez PLICQUE'a w *Progrès Médical* z roku 1893.

Z dyskusji wynika, iż eklampsya zależną jest od trzech czynników: od toksemii, uwarunkowanej upośledzeniem czynności nerek, od nadwrażliwości odruchowej ośrodków nerwowych i wreszcie od podrażnienia odruchowego, mającego za punkt wyjścia macicę ciężarną, pracę porodową i ranę w macicy poporodowej. Toksemia odgrywa rolę pierwszorzędną. Bezpośrednio z niej wypływa nadwrażliwość odruchowa rdzenia. Stąd powstaje potrzeba, obok stosowania chlorału i chloroformu, zachowywania zupełnego spokoju i unikania zabiegów położniczych, ponieważ one wpływają zbyt drażniąco. Podrażnienie odruchowe, mające za punkt wyjścia samą macicę, posiada znaczenie drugorzędne.

GAZ. LEK. № 45.

W myśl powyższych zasad CHARPENTIER, mówi dalej PLICQUE, dobitnie wykazał błąd popełniany przez DUEHRSEN'a i innych akuszerów niemieckich, którzy wierzą, iż opróżniając za wszelką cenę macicę, przerwą tem samem eklampsyę. Tymczasem podrażnienie, spowodowane przedsiębranymi zabiegami położniczymi, często samo przez się bywa powodem wystąpienia gwałtownych drgawek; uraz zaś, zależny od prawidłowego porodu, posiada znaczenie niewielkie. [TARNIER]

To też w zasadzie należy pozwolić, aby poród odbył się siłami przyrody. Jeśli zaś w pewnych razach chcemy nałożyć kleszcze lub dokonać obrotu, możemy do tych zabiegów przystąpić tylko wobec zupełnego otwarcia lub zupełnie rozciągliwej szyjki, by mózdz działać bezkarnie, bo bez przemocy.

Należy bezwzględnie odrzucić cięcie cesarskie i *acc. forcé*, szczególnie głębokie nacięcia szyjki. Ze statystyki CHARPENTIER'a widać, iż rozwiązanie siłami przyrody wykazuje śmiertelność 18,96%; w przypadkach przyśpieszenia porodu zapomocą gorących irygacyi lub przerwania pęcherza płodowego otrzymano śmiertelność 26,66%; poród *provoqué* [wywołany] daje odsetkę 52,38%; wreszcie przy rozwiązaniu forsownem [wymuszonym] śmiertelność sięga 40,74%. W rezultacie interwencyę położniczą zachować należy dla nielicznych, w jątkowo ciężkich przypadków eklampsyi porodowej.

Z całą wreszcie stanowczością odrzuca wszelkie czynne zabiegi położnicze przy eklampsyi i TWEEDY [1896]. Osobiście, nie podzielając krańcowych poglądów TWEEDY'ego i do pewnego naturalnie stopnia poglądów CHARPENTIER'a nie mogę zgodzić się bez zastrzeżeń i z tymi, którzy w szybkim rozwiązaniu widzą zasadniczo najpewniejszy środek przeciwko eklampsyi.

Oto powody, które warunkują mój pogląd. Zarówno z oświadczeń najzagorzalszych zwolenników zasady rozwiązywania chorych, jak i z osobistego doświadczenia widzę, iż rozwiązanie nie zawsze doprowadza do ustania drgawek; jest to rzecz powszechnie znana i nie potrzebuje dowodów cyfrowych. Z drugiej strony same drgawki, jako takie, nie stanowią przecież jeszcze całokształtu cierpienia. Tymczasem, jak dotąd, nikt chyba nie zechce zapewnić, iż z chwilą rozwiązania, zawsze widział powrót chorych do przytomności, znajdował ustąpienie zapaści, obniżenie się podniesionej ciepłoty, jaka prawie stale eklampsyi towarzyszy i ustanie takiego niebezpiecznego powikłania, jakim jest bezmocz, prawie zawsze w eklampsyi spostrzegany.

Jak wreszcie wybrnąć z kłopotu w tych razach, kiedy jeśli już nie natychmiastowe, to przynajmniej szybkie rozwiązanie jest poprostu niemożliwe, o ile nie chcemy narazić matki lub dziecka, a niekiedy obojga na oczywiste niebezpieczeństwo?

Już ten jeden wzgląd powinien nas przekonać, iż w ocenianiu praktycznej doniosłości rozwiązania, należy być mniej optymistycznym. Wreszcie i samo założenie, na którem opierają się zwolennicy jak najszybszego ukończenia porodu, nie jest jeszcze ostatecznie stwierdzone. Jak dotąd bowiem, nie możemy twierdzić z całą bezwzględnością, iż

czyto płód, czy też łożysko stanowią wyłączone źródło „*materiae peccantis*” WYDER’a.

Tutaj przypomnę końcowy ustęp z przemówienia SCHMORL’a¹⁾ na Zjeździe w Gissenie w roku 1901. „Wyniki badań anatomo - patologicznych”, mówił SCHMORL, „wskazują na to, iż przy eklampsyi zachodzi szczególna zmiana krwi, która przed naszymi oczyma występuje pod postacią licznych zakrzepów. Gdzie jednak szukać źródła tej zmiany — czy w łożysku, czy też w organizmie płodu, obecnie orzec nie sposób”.

Znamienne dane znajdujemy w przemówieniu VEIT’a [również na owym zjeździe w Gissenie] i w pracy jego z roku 1904.

Rozpatrując sprawę przedostawania się kosmków do obiegu krwi matki i uwydatniając wyniki tego zjawiska, VEIT zaznacza, że znajdowanie cząsteczek *syncytii* w płucach eklamptyczek stanowi potwierdzenie istnienia związku genetycznego, jaki pomiędzy eklampsją, a deportacją kosmków ma zachodzić. „Wyraźnego natomiast dowodu na to, iż eklampsya powstaje li tylko o wskutek przeniesienia kosmków, dotąd niema, choć jest to bardzo prawdopodobne”.

JÓZEF JAWORSKI, omawiając poglądy SCHMORL’a, PELS-LEUSDEN’a, KASYANOW’a, VEIT’a i innych, w zestawieniu z wynikami badań własnych nad ciężką zaśniewką, mówi pomiędzy innemi: „Lubo dziś nie posiadamy jeszcze pewnych dowodów, że np. wymioty ciężarnych, lub drgawki porodowe, bywają skutkiem biochemicznym gromadnego, a nieraz nagłego, wtargnięcia kosmków do obiegu krwi matki, jednakże przypuszczenie takie jest bardzo prawdopodobne i zdaje się, iż wkrótce skutecznie współzawodniczyć będzie z innemi pod tym względem teoryami”. Jak widzimy, idea uzależnienia powstawania eklampsyi wyłącznie od płodu i łożyska nie wykracza poza sferę mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń, to też — być może — łożysko i płód stanowią zaledwie jedno z kilku ognisk, wytwarzających trucizny.

Z kolei przyjrzyjmy się tym zabiegom, przy pomocy których mamy chorą rozwiązać.

Zgodzić się musimy, iż w zasadzie zabiegi te muszą być przedewszystkiem zupełnie nieszkodliwe zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Ze swej strony dodałbym, iż powinny posiadać cechę wykonalności nie tylko w klinikach i zakładach położniczych.

Niektórzy zwolennicy jak najszybszego rozwiązania nie cofają się zarówno przed klasycznym, jak i pochwowem cięciem cesarskiem.

Co do pierwszego wiemy, iż ogłoszone dotąd spostrzeżenia bynajmniej nie ziściły nadziei, w zabiegu tym pokładanych, śmiertelność bowiem matek w tych warunkach, jak podaje MUNDSTUK, przekracza 56%. Podzielał też w zupełności zdanie FEHLING’a, który tem bardziej zraził się do cesarskiego cięcia od czasu, gdy po rozwiązaniu chorej przy pomocy tej operacyi, był świadkiem wystąpienia pierwszego napadu drgawek.

¹⁾ O tym autorze już była mowa na innym miejscu niniejszej pracy.

Z drugiej strony zgodzić się musimy, iż przecież mowy być nie może o stosowaniu zabiegu tego w znakomitej większości przypadków praktyki prywatnej i prowincjonalnej; wątpię też, aby z tych właśnie względów zabieg ten mógł nawet w przyszłości liczyć na szerokie rozpowszechnienie i istotne wypróbowanie.

Jeszcze mniej danych do powszechnego stosowania posiada cięcie cesarskie pochwowe. Wszak wykonanie zabiegu tego wymaga licznej i wyszkolonej asysty, nie mówiąc już o tem, iż może być poruczone jedynie akuszerom, posiadającym wykształcenie chirurgiczne. Nie trafia do przekonania również i głębokie nacięcia szyjki, przez DUEHRSSEN'a zalecane, ze względu na krwotoki, łatwość zakażenia, a w najlepszym razie — nieobojętne blizny, po nich powstające. Pozostają tedy niekrwawe sposoby rozszerzenia ust macicy, podjęte w celu dokonania tego lub innego zabiegu operacyjnego.

Są zwolennicy wprowadzania do macicy balonu BRAUN'a, z zastosowaniem następczego obrotu płodu na nóżki.

Do tego sposobu rozszerzania macicy uciec się możemy jednak w pewnej tylko nielicznej grupie przypadków. Powyższe twierdzenie opieram na następujących danych.

Nieodzownym warunkiem wprowadzenia balonu do macicy jest przy położeniu podłużnem płodu istotna ruchomość części przodującej.

Z doświadczenia wiemy, iż eklampsję spotykamy w 74 do 86% u pierwiastek; wśród tych ostatnich ogromna znowu większość posiada zupełnie prawidłową miednicę. Ta okoliczność sprawia, iż u tej kategorii chorych nie tylko z chwilą rozpoczęcia się porodu, lecz na kilka tygodni przed porodem znajdujemy główkę już zupełnie nieruchomą, bo ustaloną w wejściu lub w samej próżni małej miednicy. To też w tych warunkach jest fizycznym niepodobieństwem wprowadzenie balonu do macicy.

Zabieg ten może być stosowany [w pewnych razach] w nielicznych przypadkach eklampsji u wieloródek, u pierwiastek zaś jedynie wobec poprzecznego położenia płodu, co zdarza się nader rzadko, i w przypadkach miednicy płaskiej [I-go stopnia]; lecz i w tych tylko dopóty, dopóki główka znajduje się jeszcze wysoko ponad wejściem do miednicy małej, co znowu tylko czas pewien trwać może. Jednakże i w przypadkach miednicy płaskiej u pierwiastek, niewiele przyniesie korzyści rozszerzanie ujścia zapomocą wprowadzonego do macicy balonu, zarówno bowiem po samoistnem urodzeniu się balonu, jak i po wydobyciu go z macicy przez pociąganie — rozciągnięte do wielkości średnicy balonu usta macicy znowu zbliżą się, gdyż przodująca część płodu znajduje się wysoko i mowy być nie może o tem, aby w tych warunkach brzeg ust macicy przesunął się ku górze poza największy obwód główki, co mamy przy fizyologicznem zupełnem otwarciu.

Jeżeli zaś zechcemy przy niedostatecznem otwarciu dokonać u pierwiastki obrotu i natychmiastowej [bo tylko o taką chodzić nam może] ekstrakcji płodu, narazimy chorą na głębokie pęknięcie szyjki macicy, a dziecko na niechybną prawie zawsze śmierć. Już OLSHAUSEN w roku 1891, mówiąc o przyspieszaniu porodu ostrzega, iż z zastosowaniem obrotu należy

być bardzo oględnym. Rzecz oczywista, iż autor mógł mieć na względzie dokonywanie obrotu z następczą ekstrakcją płodu przy niedostatecznym otwarciu ust macicy. Podobnie RANKEN LYLE w roku 1901, omawiając sprawę rozwiązania chorej, oświadcza, iż takie zabiegi mechaniczne, jak wywołanie przedwczesnego porodu, mechaniczne rozszerzanie szyjki, *acc. forcé* i o b r ó t, stosowane w I-ym okresie porodu, stanowią leczenie w skutkach nader niepomysłne; o powyższem przekonały autora zarówno te wszystkie przypadki śmiertelne z własnej obserwacji, które w tych właśnie warunkach zdarzyły się, jak i doświadczenie innych.

W literaturze polskiej również znajdujemy odpowiednie interesujące wzmianki. WOLBERG w pracy z roku 1866 uważa kleszcze za „bezpieczniejsze“ od obrotu. Na 17 obrotów autor stracił dwa razy położnicę i cztery razy płody, których bicie serca przed operacją słyszał, gdy tymczasem na 10 kleszczowych porodów nie umarła ani jedna matka i wszystkie dzieci wydobyto żywe, oprócz jednego, u którego już przed operacją była wątpliwość co do jego życia. Można by uczynić uwagę, że w owym czasie w innych nieco warunkach dokonywano wogóle operacji, niż obecnie, nie mniej przeto podane wyżej cyfry pozostają pouczające.

W roku 1871 również RYBICKI wypowiedział się w ogólności przeciw stosowaniu obrotu, przekładając posługiwanie się, w odpowiednich naturalnie razach, kleszczami.

STYPIŃSKI w pracy swojej z roku 1886 mówi, iż chętniej ucieka się [przy odpowiednich warunkach], do zakładania kleszczy przy przodującej główce, aniżeli do obrotu na nóżki, bo pomiędzy innymi, „po sztucznem rozszerzeniu ust macicznych, usta, jak wiadomo, bardzo prędko się kurczą, wydobyć więc główki na ostatku idącej nieprzyzwyczajone nieraz napotyka trudności“. W zupełności też podzielam zdanie powyższe bez względu na to, czy rozszerzenie ust macicy dokonane zostanie przy pomocy palców operatora, co dawniej w wielkiem było użyciu, czy też przez wprowadzenie balonu do macicy.

Wszystkie przytoczone powyżej względy, jak również osobiste doświadczenie, przekonywują mnie, iż za typowy po prostu zabieg, przy pomocy którego możemy zupełnie nieszkodliwie i możliwie wcześniej dokonać rozwiązania chorej, w o l b r z y m i e j w i ę k s z o ś c i p r z y p a d k ó w e k l a m p s y i, uważać należy nałożenie kleszczy.

Dzięki zaś wzmózonej akcyi porodowej, stale przy eklampsji spostrzeganej, niedługo wypadnie czekać na otrzymanie otwarcia ust macicy choćby na trzy palce. Jeżeli teraz nałożymy kleszcze i zastosujemy trakcyę spokojną, równą i nieforsowną, bez trudu wydobędziemy płód, nie narażając go na żadne niebezpieczeństwo. Nie zrobimy również krzywdy i chorej, gdyż, co najwyżej, pęknie *portio vaginalis*, co przecież bywa i przy prawidłowym porodzie.

W tych wreszcie rzadkich przypadkach, kiedy wypadłoby nieco dłużej czekać na odpowiednie otwarcie, a chcielibyśmy koniecznie rozwiązanie przypieszyć, wystarczy—mając już choćby małe otwarcie—rozszerzyć je nieco przyrządem Bossi'ego i na nieruchomą główkę kleszcze nałożyć.

Przyrząd Bossi'ego posiada i tę jeszcze przewagę, iż da się łatwiej i dokładniej odkazić, niż balony gumowe, jak na to słusznie zwraca uwagę w swoim artykule POMORSKI, a o czem wspominał i MANGIAGALLI.

W zakończeniu pracy niniejszej chciałbym wypowiedzieć te wnioski, do jakich doszedłem na podstawie źródłowego zaznajomienia się z literaturą rozpatrywanego przeze mnie przedmiotu. Oto one:

1) Jedni autorowie nie mogą obejść się bez morfiny w leczeniu eklampsji porodowej, ze względu na wpływ tego środka na napady, inni — jak PASTORELLO [1854], FERRÉ [1894], QUI, GUERICH i inni — zarzucili ją zupełnie.

Może nie bez pewnej korzyści będzie przypomnieć na tem miejscu, iż we wspomnianej już pracy MIŁOSZA z roku 1855, czytamy pomiędzy innemi: „JOERG twierdzi, że stosować przy drgawkach połogowych *antispasmodica, narcotica*, wyjąwszy kwas wodosinny i jego przetwory, znaczy łać oliwę na ogień“. Tak mówił JOERG w roku 1821.

2) Już od roku 1894 znajdujemy cały szereg prac, w większym lub mniejszym zakresie poświęconych sprawie stosowania w eklampsji upustu krwi i wlewań solnych. Jedni wątpią o wartości leczniczej tego zespołu, inni — przeciwnie.

FERRÉ, LANPHEAR, MANGIAGALLI, MERLETTI, TOWNSEND, LEJARS, CUTLER i inni przypisują mu doniosłe znaczenie.

3) Prawie wszyscy, przeze mnie przytoczeni autorowie, na pierwszym miejscu w leczeniu eklampsji kładą możliwie wczesne, możliwie szybkie, niekiedy wysoce forsowne rozwiązanie chorej, wychodzą bowiem z założenia, iż usuwając płód i łożysko, wydalają tem samem i źródło toksyn, eklampsję wywołujących. Wobec powyższego zwolennicy czynnej interwencji położniczej stosują upust i wlewania już po rozwiązaniu. Takie traktowanie zalecał w roku 1895 LANPHEAR; w myśl powyższych zasad postąpił również BOND w roku 1899. GLOCKNER [1901] podaje, iż w klinice lipskiej zastosowano upust po możliwie wczesnem rozwiązaniu w 33-ch przypadkach, w pewnej zaś ich liczbie dodano do tego i wlewania solne. Użycie morfiny stanowiło tu nieomal wyjątek.

Wreszcie w roku 1902 ogłoszono 6 jednakowo leczonych przypadków: 3 z kliniki praskiej RUBEŃSKI w opracowaniu OSTROILA i 3 własne kol. GASZYŃSKIEGO. W obu tych grupach spostrzeżeń, unikając morfiny, na czele leczenia postawiono możliwie wczesne, niekiedy forsowne przyspieszenie rozwiązania chorej na drodze operacyjnej, poczem dopiero posiłkowano się upustem i wlewaniem. Użycie zespołu tego w klinice praskiej w trzech zaledwie przypadkach na 92 chore, zaś u kol. GASZYŃSKIEGO w trzech przypadkach na jedenaście — posiada cechę próby i stanowi wprost przygodny sposób postępowania lekarskiego.

Wyrażając się wogóle dość powściągliwie o wartości wenesekcji, kol. GASZYŃSKI w zasadzie jest zwolennikiem możliwie wczesnego rozwiązywania i następczych wlewań solnych.

Z powyższych 6-u przypadków najwcześniejszy przypada w Pradze Czeskiej na rok 1893, u kol. GASZYŃSKIEGO — na rok 1898.

4) W przeciwstawieniu do prawie powszechnie przyjętych poglądów jedynie FERRÉ i ja za zasadnicze zabiegi w leczeniu eklampsji porodowej uważamy wenesekcyę i wlewania solne. FERRÉ oświadcza, iż temu właśnie zespołowi zawdzięcza ocalenie życia swoich chorych; ja uważam zespół ów za jedyny zabieg leczniczy w eklampsji, zarówno podczas ciąży, jak i podczas porodu występującej, jaki w zasadzie w każdym przypadku, od pierwszej chwili wybuchu cierpienia, n a t y c h m i a s t zastosowany być powinien.

Wychodzę tutaj z założenia, iż, jak dotąd, nie możemy utrzymywać z całą pewnością, że wyłącznie łożysko i płód stanowią źródło toksyn, eklampsję wywołujących. Być może, są one jednym z ognisk, wytwarzających trucizny. Skoro jednak zgadzamy się prawie wszyscy, iż te trujące substancje, bez względu na ich genezę, krążą w e k r w i m a t k i, to cóż może być słusniejszego nad żądanie, ażeby na tę właśnie zatrutą krew bezpośrednio, bo przez upust i wlewania, przedewszystkiem podziałać? Nie zastąpimy upustu krwawieniem, towarzyszącem rozwiązaniu, gdyż dokonanie n a t y c h m i a s t o w e g o rozwiązania [o takie zaś tylko chodziłoby mogło], w olbrzymiej większości przypadków jest ze względu na stan miękkich dróg porodowych niemożliwe, jeśli, rzecz prosta, nie chcemy narazić matki i dziecka na jawne niebezpieczeństwo.

Różnica w postępowaniu FERRÉ'go i mojem polega na tem, iż kiedy FERRÉ ogranicza się prawie wyłącznie do upustu i wlewań, ja, podobnie jak MERLETTI, dodaję do nich i przyspieszenie rozwiązania, na które patrzę, jako na uzupełnienie owego zespołu.

Że jednak bez przyspieszenia rozwiązania niekiedy obejść się można, za dowód posłużyć może pięć chorych z mojej kazuistyki, które urodziły same i wszystkie przy życiu zostały.

Przyspieszam poród po kilku, a niekiedy po kilkunastu godzinach od chwili zastosowania upustu i pierwszych wlewań — w sposób możliwie nieszkodliwy, bo możliwie do fizjologicznego zbliżony, czego nie mogą powiedzieć o sobie zwolennicy szybkiej, forsownej interwencji położniczej.

Dokonywanie upustu po rozwiązaniu uważam w z a s a d z i e za zupełnie zbyteczne i zachowuję je dla tych wyjątkowych przypadków, w których tętno i po rozwiązaniu stale nadal napięte pozostaje.

Śród 23-ch moich przypadków zdarzył mi się taki tylko jeden.

Z pomiędzy autorów, stosujących upust i wlewania, FERRÉ p i e r w s z y w leczeniu eklampsji odrzucił wszelkie narkotyki; obywam się bez nich i ja.

5) Dokonywanie upustu i wlewań przed rozwiązaniem, stosowane dotąd w pojedynczych zaledwie przypadkach, w opracowaniu mojem zyskało wartość istotnej metody leczniczej; to też ogłoszone przeze mnie 19 przypadków, objętych pierwszą kategorią moich spostrzeżeń, stanowią w tym kierunku do roku 1904 j e d y n ą m e t o d y c z n ą k a z u i s t y k ę w piśmiennictwie polskiem i, o ile sądzić mogę ze znanej mi literatury, poza paru przypadkami FERRÉ'go—również i w obcem.

6) Śród zabiegów operacyjnych, jakimi mamy rozwiązanie przyspieszyć, najczęstszym, bo w znakomitej większości przypadków do użycia odpowiednim, jednocześnie zaś zupełnie nieszkodliwym, a we wszelkich warunkach pobytu chorej wykonalnym — będzie nałożenie kleszczy; zalecanie dokonywania wogóle obrotu, poza niewielką, ściśle ograniczoną grupą przypadków — nie wytrzymuje krytyki.

7) Połączenie upustu, wlewań i następczego nieszkodliwego rozwiązania nazwałem „kombinacją“ zabiegów; podobnego określenia nie spotkałem w żadnej z e z n a n y c h m i p r a c .

Używając powyższej metody, otrzymałem, w porównaniu z dawniejszymi 60%, czy choćby tylko 40% śmiertelności matek z eklampsyi w Warszawskim Instytucie położniczym, znacznie niższą, bo zaledwie 13% sięgającą odsetkę. To też usilnie jeszcze raz polecam metodę tę uwadze Szanownych Kolegów.

L I T E R A T U R A .

I.

- 1) Dr EMORY LANPHEAR. Transactions of the American association of obstetricians and gynecologists. The American Journal of obstetrics and diseases of women and children. 1895, str. 787 — 788.
- 2) L. MANGIAGALLI. „Sul trattamento dell'eclampsia“. Annali di ostetricia e ginecologia. 1896, str. 641 — 688.
- 3) Dr FERRÉ. „Nouvelle contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie puerpérale et remarques sur sa prophylaxie“. L'obstétrique. 1896, str. 487 — 507.
- 4) C. MERLETTI. „Profilassi dell'eclampsia puerperale secondo le moderne vedute intorno alla sua patogenesi“. Annali di ostetricia e ginec. 1898, str. 697 — 750.
- 5) F. LEJARS. „Przemywanie krwi“. Przetłómaczył z francuskiego IGNACY MOJKOWSKI. Odczyty kliniczne, serya X, rok 1898 Warszawa.
- 6) CHARLES N. CUTLER. „Two cases of eclampsia successfully treated by venesection and intravenous infusion of salt solution“. The Boston Medical and Surgical Journal. 1899, str. 304 — 305.
- 7) W. POPIEL. „Drgawki porodowe [eklampsyja] w świetle badań współczesnych“. Medycyna, 1899.
- 8) WYDER. „Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie der puerperalen Eklampsie“. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. IX. 1901, str. 262 — 292.
- 9) A. GLOCKNER. „Zur Behandlung und Statistik der Eklampsie“. Archiv für Gynaekologie. 1901, str. 166 — 199.
- 10) J. VEIT. „Ueber die Behandlung der Eklampsie“. Therapeutische Monatshefte. 1902, str. 169 — 173.
- 11) A. OSTRCIL. „Beitrag zur Therapie der Eklampsie“. Archiv für Gynaekologie 1902, str. 623 — 654.
- 12) S. GASZYŃSKI. „Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panujących teorii o samozatruciu“. Medycyna, 1902.
- 13) E. BUMM. „Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung“. Münchener Medizinische Wochenschrift. 1903, str. 889 — 891.
- 14) KROEMER. „Schonende oder forcirte Entbindung bei Eklampsie?“. Zentralblatt für Gynäkologie. 1904, str. 601 — 608.
- 15) ST. CYKOWSKI. „Przyczynek do leczenia eklampsyi“. Ginekologia, Nr. 9, r. 1904.

II.

- 16) MIŁOSZ. „Eclampsia parturientium“. Tygodnik Lekarski. 1855.
- 17) A. PLICQUE. „Le traitement de l'éclampsie puerpérale“. Le Progrès Médical. 1893, str. 141 — 142.
- 18) TWEEDY. „Eclampsia with special reference to its treatment“. Dublin Journ. of Med. sciences. Streszcz. w Jahresber. über die Fortschr. auf dem Gebiete der Geb. und Gyn. 1896, str. 704 i 711.
- 19) SCHMORL. „Zur pathologischen Anatomie der Eklampsie“. Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Gyn. IX. 1901, str. 303 — 313.
- 20) J. VEIT. ibidem. strona 447 — 451.
- 21) J. VEIT. „Verschleppung von Zotten und ihre Folgen“. Zentralbl. für Gynäkol. 1904, str. 1 — 9.
- 22) J. JAWORSKI. „Przenoszenie składowych części kosmówki do krwiobiegu matki oraz znaczenie tej sprawy“. Kronika Lekarska, Nr. 6, rok 1904.
- 23) MUNDSTUK. „Kilka słów w kwestyi przyczynowości drgawek porodowych“. Gazeta Lekarska, 1900.
- 24) H. FEHLING. „Die Pathogenese und Behandlung der Eklampsie im Lichte der heutigen Anschauung“. Sammlung klin. Vortr. 1899.
- 25) R. OLSHAUSEN. „O drgawkach porodowych“. Przełożył dr St. KONDRATOWICZ. Odczyty kliniczne, serya IV, rok 1892. Warszawa.
- 26) R. P. RANKEN LYLE. „A note on the treatment of puerperal eclampsia“. The British Medical Journal. 1901. Tom I, str. 144.
- 27) WOLBERG. „Drgawki u rodzących“. Tygodnik Lekarski. 1866.
- 28) ST. RYBICKI. „Dwa przypadki drgawek porodowych (Eclampsia). Z uwagami nad stosowaniem kleszczy po sztucznem rozszerzeniu ujścia macicznego“. Klinika, 1871, str. 161 — 168.
- 29) STYPIŃSKI. „Przyczynę do nauki o drgawkach porodowych“. Gazeta Lekarska, 1886.
- 30) W. POMORSKI. „O zastosowaniu rozszerzadła Bossi'ego przy eklampsji w przebiegu ciąży i porodu“. Ginekologia, Nr. 6, rok 1904

III. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 44].

Chorzy z kamicą żółciową z bardzo nielicznymi wyjątkami pozostają w rękach internistów. Od zapatrywań tych ostatnich na sprawy chorobowe dróg żółciowych, na następstwa kamicy, na skuteczność leczenia wewnętrznego

go, od poglądów ich co do ciężkości zabiegów chirurgicznych na drogach żółciowych i do trwałości ich wyników zależy skierowanie chorego do chirurga.

Doświadczenie nas nauczyło, że dotąd dostawaliśmy przypadki w większości ciężkie, zaniedbane, że metoda wyczekiwania w leczeniu bardzo szeroko jest rozpowszechniona wśród naszych internistów. Zbytńia ufność, częstokroć nawet mało lub zupełnie nie usprawiedliwiona, w środki farmaceutyczne z jednej strony, a z drugiej — zbyt optymistyczne zapatrywania się na łagodny charakter samego cierpienia i jego następstwa, służyły bezsprzecznie za podstawę do zwlekania w zastosowaniu zabiegów chirurgicznych i do znacznego ograniczenia wskazań do nich. A tymczasem wiemy, że jeżeli napad kolki żółciowej był nawet skuteczny, jeżeli kamienie przeszły do kiszek i chory przestał uskarżać się na dolegliwości, to zupełnie nie jest dowodem, aby sprawa już się wyrównała, aby nie powstał szereg zmian, doprowadzających niekiedy do poważnych zaburzeń. Przypuśćmy nawet, że wszystko skończyło się pomyślnie, że napad pozostawił minimalne ślady, nie przedstawiające żadnego niebezpieczeństwa dla chorego, to któż nam zaręczy, że pozostałe kamienie w pęcherzyku lub przewodach po pewnym czasie nie doprowadzą do głębszych, poważniejszych zmian, a mianowicie: będą one obecnością swoją drażniły błonę śluzową, będą powodowały t. zw. *perialienitis* i sprzyjały wybuchowi nowego zapalenia i nowego napadu, przez ucisk zaś mogą doprowadzić do owrzodzeń, niekiedy drążących bardzo głęboko.

Stąd też przy pierwszych napadach kamicy żółciowej nie tylko internista ma coś do powiedzenia, chirurg również śledzić powinien przebieg sprawy, aby ustalić w odpowiednim czasie wskazania do operacji, aby przez zwleknięcie chory napróżno nie tracił sił i bezpotrzebnie nie narażał się na powikłania.

Należałoby, aby internści częściej byli obecni przy otwieraniu jamy brzusznej skutkiem cierpień dróg żółciowych dla przekonania się *in vivo*, jakie zmiany następują w pęcherzyku lub przewodach, jakie zrosty powstają z częściami otaczającymi, jakie nieraz są trudności z oddzieleniem tych narządów, co bezsprzecznie wpływa na przebieg pooperacyjny i wynik samego zabiegu.

Minęły już bezpowrotnie te czasy, kiedy to z całym przeświadczeniem o słuszności głosiło się, że niewątpliwie pewne i ściśle wskazania do operacji w zakresie chirurgii wewnętrznej może stawiać tylko terapeuta, chirurg zaś musi tu dla prawdziwego dobra chorego przyjąć na siebie rolę wykonawcy, musi się zadowolić tem, że do ocalenia życia ludzkiego on głównie rękę przyłożył, przez swoją technikę bez zarzutu, przez postępowanie pooperacyjne i t. p.¹⁾

Jeżeli wskazania do operacji wypływać muszą z jednej strony ze ściślej dyagnozy, z drugiej z dokładnej znajomości patologii ogólnej i przebiegu

¹⁾ DUNIN. O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii. Przegląd chirurgiczny 189 tom I str. 5.

danej choroby w szczególności, nie są to zadania wyłącznie medycyny wewnętrznej. Któż nadaje internistom monopol na naukę? Któż zabrania chirurgom poświęcać się studjom? Jakież to chirurg myśli tylko o technicznym swoim wydoskonaleniu? Chirurg współczesny na równi z internistą musi studyować patologię i znać dokładnie wszelkie przejawy danej sprawy chorobowej, sam musi stawiać wskazania do operacyi i pod żadnym pozorem nie może polegać wyłącznie na zdaniu internisty, — powiem więcej, chirurg ma w danym razie przewagę nad internistą, gdyż oprócz swojej techniki chirurgicznej, musi dobrze być obznajmionym ze sprawami następczemi po operacyi, co znów interniści zaledwie pobieżnie znają. Dlatego też w zakresie chirurgii wewnętrznej głos chirurga powinien mieć rozstrzygające znaczenie. O tem, zdaje się, większość naszych internistów nie chce pamiętać. —

Postaram się tu chociaż w krótkości przedstawić, jakie koleje przechodziła sprawa chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej u internistów.

W r. 1891 REJCHMAN¹⁾ na VI-ym Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich wygłosił rzecz „Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej“. W rozdziale o leczeniu autor widzi wskazania do zabiegów chirurgicznych wtedy, jeżeli wielkie kamienie, które w wyjątkowych tylko razach przechodzą przez drogi naturalne, w pęcherzyku wywołują częste napady kurczów żołądka lub kiszek, albo też jeżeli sprowadzają zapalenie i owrzodzenie ścian pęcherzyka, to w celu usunięcia cierpienia nie pozostaje nam nic innego, jak uciec się do pomocy chirurgicznej, która, miejmy nadzieję, coraz lepsze będzie dawała wyniki.

Prelegent zatem tak wyjątkowe widzi wskazania do operacyi, której wyniki zupełnie nie odpowiadają jego wymaganiom.

Sprawa operowania w kamicy żółciowej wtedy bynajmniej nie interesowała internistów. Ani jeden z mówców, przyjmujących udział w dyskusyi: KORCZYŃSKI, DUNIN, SOKOŁOWSKI, BIEGAŃSKI, PASZKOWSKI, nie uważał za potrzebne zwrócenia uwagi na końcowy ustęp wykładu REJCHMANA, — kwestya ta przez nich zupełnie nie była poruszana.

A jeżeli rozejrzeć się w ogólnej literaturze lekarskiej, to przekonamy się, że do tego czasu już wykonano pokaźną liczbę operacyi, głównie na pęcherzyku żółciowym i nawet z dobrym wynikiem. IGNATOW²⁾ zestawil wszystkie

¹⁾ Kronika Lekarska. 1891, str. 564.

M. REJCHMAN. Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczyty kliniczne. 1891, str. 570.

²⁾ IGNATOW AFANASIJ. Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Dyseratacja. Petersburg. 1892.

znane mu przypadki za ostatnie 15 lat do 1892 r.; operacyi takich wykonano 278:

<i>cholecystotomiam idealem</i>	31
<i>cholecystostomiam normalną</i>	175
<i>cholecystectomiam</i>	62
<i>cholecystoenterostomiam</i>	10
<i>choledochotomiam</i>	10.

Na 278 operacyi było zejść śmiertelnych 13%, odsetka ta znacznie się zmniejszy, jeżeli odejmiemy przypadki śmierci, spowodowane przez charłactwo rakowate i ciężką cholemię. Z pomiędzy 10-u przypadków choledochotomii tylko jeden zakończył się niepomyślnie.

W r. 1895 na VII-ym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie BOGDANIK mówił o jednym ze swoich spostrzeżeń nad kamicą żółciową, w którym podczas operacyi nie znalazł kamieni, a tylko liczne zrosty z częściami otaczającymi, ZIEMBICKI zaś przedstawił woreczek żółciowy, wydobyty u 70-kilkoletniej staruszki, która w kilka dni potem zmarła. Z tej okazji wywiązała się dyskusya o wskazaniach do operacyi w kamicy żółciowej; w dyskusyi tej przyjęli udział ze strony internistów tak poważni klinicyści, jak GŁUZIŃSKI i KORCZYŃSKI.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

251. Wassermann i Plaut. W sprawie obecności przeciwciał syfilitycznych w płynie mózgowo-rdzeniowym u chorych, dotkniętych porażeniem ogólnym postępującem (paralityków).

WASSERMANN przy współdziale BRUCK'a, na podstawie badań BORDET'a, GENGOU'a, MORESCHI'ego, NEISSER'a i SACHS'a wypracował metodę, dzięki której można określić w cieczach ustrojowych zarówno najdrobniejsze ilości obecnych w nich rozpuszczonych ciał drobnoustrojów, jako też ciał powstałych z odczynu organizmu, czyli t. zw. przeciwciał. Badacze ci przy pomocy tej metody wykazali obecność antytuberkuliny u chorych na gruźlicę. W ostatnich czasach, posilkując się tą metodą, MUELLER i OPPENHEIM zdołali wykryć u chorych na rzeżączkę swoiste ciała przeciwrzeżączkowe. Metoda ta, jak wiadomo, polega na tem, że przy jednoczesnej obecności w ustroju antygenu¹⁾ oraz odpowiedniego przeciwciała, zostaje związany komplement²⁾, wskutek

¹⁾ Antygenem wogóle nazywamy ciało, które wywołuje powstawanie swoistych przeciwciał (*Przyp. ref.*).

²⁾ Komplementem lub grupą komplementofilową nazywamy tę grupę swoistej istoty bakteryolitycznej, czyli amboceptora, która wiąże aleksyny krwi prawidłowej (*Przyp. ref.*).

czego hemoliza danych czerwonych krążków krwi zostaje zahamowana. Jeżeli więc weźmiemy mieszaninę cieczy ustrojowej x z wiadomym antygenem, np. z wyciągiem narządów syfilitycznych, to w cieczy ustrojowej x pod wpływem tego antygeny utworzą się odpowiednie przeciwciała, *resp.* przeciwciała syfilityczne.

Stosując powyższą metodę, autorzy przeprowadzili szereg badań nad płynem mózgowo-rdzeniowym paralityków, oraz w celach kontroli także badania uskutecznili na osobnikach, niedotkniętych paralizem postępowym, u których szczegółowe wywiady i cały stan chorobowy wykazały, że nie przechodzili syfilisu.

Technika badań autorów w głównych zarysach przedstawia się, jak następuje. Do określonej ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, nalanego w małe próbki, np. 0,1 ctm. sz. [właściwie 1 ctm. sz. płynu rozcieńczonego dziesięciokrotnie płynem Koch'a], dolewali odpowiednią ilość [0,2, 0,1, 0,05] wyciągu z narządów syfilitycznych lub niesyfilitycznych. Wyciągi te otrzymywali z wątroby i śledziony płodów syfilitycznych i niesyfilitycznych, poddając je, po rozdrobnieniu, działaniu płynu Koch'a w aparacie wstrząsanym równomiernie przez 24 godziny, a następnie wirując je aż do zupełnej przezroczystości. Dolewając dalej do próbek komplement, przygotowany z surowicy normalnej świnki morskiej w rozcieńczeniu 1 : 10, i dodawszy odpowiednią ilość [1 ctm. sz.] hemolitycznego amboceptora ¹⁾, badali, czy komplement jest związany, czy też nie. Jako swoistej istoty bakteryolitycznej autorzy używali surowicy, otrzymanej od królików, którym uprzednio zastrzyknięte były baranie ciałka krwi i przeprowadzonej w stan nieczynny przez na rzewanie do 56°, wskutek czego grupa komplementofilowa zostaje zniszczoną. W celu otrzymania równej zawartości w próbkach, autorzy dolewali wszędzie do 5-u ctm. sz. płynu Koch'a. Następnie próbki wstawiali na 3 godziny do cieplarki, a potem na 24 godziny do lodowni. Po wyjęciu z lodowni autorzy obserwowali, czy w próbkach nastąpił hemoliza, t. j. czy czerwone krążki krwi rozpuściły się, czy też nastąpiło zahamowanie hemolizy.

Wyniki badań, przeprowadzonych przez WASSERMANN'a i PLAUT'a, są następujące.

Na 41 płynów mózgowo-rdzeniowych, otrzymanych od paralityków, w 32-ch wystąpiło wyraźne zahamowanie hemolizy przy zmieszaniu z wyciągiem z narządów syfilitycznych, przyczem po dodaniu 0,2 do 0,1 wyciągu, następowało już kompletne zahamowanie hemolizy; natomiast wyciągi lub też płyny mózgowo-rdzeniowe, brane oddzielnie, nie hamowały hemolizy. Dalej w 4-ch przypadkach powstało tylko niewyraźne zahamowanie, w pięciu zaś pozostałych zahamowania hemolizy zupełnie nie było. Te same płyny mózgowo-rdzeniowe z wyciągami z narządów niesyfilitycznych płodów, nie dawały zupełnie zahamowania hemolizy. 19 płynów mózgowo-rdzeniowych, otrzymanych od osobników, którzy nie przechodzili syfilisu z wyciągiem z narządów syfilitycznych, nie dało zahamowania. Z badań tych wynika, iż na zasadzie powyższego odczynu w większości przypadków można odróżnić, czy płyn mózgowo-rdzeniowy pochodzi od paralityków, czy też od osobników, którzy nie przechodzili syfilisu, *resp.* nie paralityków. Na potwierdzenie tego autorzy przytaczają 3 przypadki drętwy karku, w których po zmieszaniu płynu mózgowo-rdzeniowego z wyciągiem z syfilitycznych narządów zahamowanie hemolizy nie wystąpiło.

¹⁾ Amboceptorem EHRlich nazwał swoistą istotę bakteryolityczną, która posiada 2 grupy, służące do połączeń: jedną do wiązania się z receptorem bakterii — grupę cytofilową, drugą — grupę komplementofilową (*Przyp. ref.*).

Badania te wykazały również, że w płynie mózgowo-rdzeniowym paralityków znajdują się pewne swoiste przeciwciała syfilityczne, nieobecne w płynie mózgowo-rdzeniowym osób, które nie przechodziły syfilisu. Co się tyczy tych 4-ch przypadków, w których zahamowanie hemolizy wystąpiło niekompletnie, to WASSERMAN i PLAUT sądzą, że niekiedy w płynie mózgowo-rdzeniowym niesyfilityków mogą istnieć ciała, które z bliżej nie wyjaśnionych przyczyn powodują niezupełne zahamowanie hemolizy.

Z badań autorów wynika również, że ciała syfilityczne, *resp.* jad syfilityczny w płynie mózgowo-rdzeniowym paralityków spotyka się nie często; przeciwnie zaś produkty odczynu organizmu na ciała syfilityczne, czyli przeciwciała syfilityczne znaleźć można w przeważającej liczbie przypadków.

Wziąwszy teraz pod uwagę badania WASSERMANN'a i CITRON'a, które wykazały, że tkanka organizmu, wytwarzająca przeciwciała, jest właściwie siedliskiem zarazy i zważywszy, że centralny systemat nerwowy samoistnie wytwarza przeciwciała syfilityczne, dochodzimy do wniosku, że układ centralny nerwowy u paralityków musiał być lub jeszcze jest siedliskiem zakażenia.

W końcu pracy autorzy, zaznaczywszy, że technika ich badań jest bardzo trudna i złożona, uchylają się od stawiania ostatecznych wniosków ze względu na to, że dalsze badania są jeszcze w pełnym biegu.

(*Deutsche Med. Woch.* 1906, Nr. 44).

T. Wretowski.

252. Huguenin. Leczenie oparzeń.

Leczenie oparzeń przechodziło liczne zmiany. Różnymi czasy stosowano na oparzenia: okłady z wody, obfite obmywania, oliwę, olejek migdałowy, różne maści (z opium, z belladonną) i in. To znów pokładano sporo nadziei na *Lini-mentum calcariae*, które niekiedy dawało dobre wyniki, lecz okazało się, że środek ten, aby był skutecznym, musi być zastosowany natychmiast po oparzeniu, co praktycznie bardzo często jest niemożliwe do urzeczywistnienia. W ostatnich czasach chirurdzy, stosownie do panujących zasad antyseptyki i aseptyki, zwrócili uwagę na różne środki tego rodzaju i zaczęli stosować wodę gotowaną, sterylizowaną, kwas borny, chloral [1:100] i t. d. Lecz otrzymane wyniki nie dają się zaliczyć do pomyślnych; bóle częstokroć wcale nie ustawały, silnie wzmagając się podczas opatrunków; gojenie czasami bywało nadzwyczaj przewlekłe, a zabliźnianie często wadliwe.

Zwrócono się tedy do maści różnymi środkami przeciwgnilnymi (*Bismuthum subnit.*, jodoform, jodol, dermatol i in.), które posiadając własność uśmierzania bólu, nie powodują szybkiego gojenia, co jest znowuż niebezpieczne ze względu na wchłanianie się tych środków. Maści te należy przygotowywać z *Axungia benzoata* lub z *Butyrum cacao*, a nie z wazeliną, powodującą bolesność miejsc oparzonych. Na wzmiankę zasługuje, jako środek kojący bóle, przeciwgnilny i zabliźniający, czysty gwajakol w postaci pomad lub maści, jest on jednak zbyt drogi i ma pewną zdolność wysysania się. Nareszcie kwas pikrynowy, jako środek opatrunkowy w oparzeniach, posiada bardzo dużo zalet, a mało stron ujemnych [barwienie na żółto części przyległych 1 palców opatrującego]. Środek ten w roztworze wodno-wyskokowym ma własności osuszania, znieczulania, odkażania i przyspieszania gojenia się wszelkiego rodzaju oparzeń. Użycie kwasu pikrynowego, jako środka trującego i gryzącego, wymaga pewnych ostrożności, wobec czego opatrunków z tego środka nie należy przykrywać ceratką lub inną materią nieprzepuszczalną, aby w ten sposób nie przeszkadzać jego ulatnianiu i wysychaniu. Kwas pikrynowy stosuje się według przepisu: *Acidi picrici 5,0 Alcohol. (65°) 45,0 Aq. destillat. 950,0*. Roztworem tym należy nasycić gazę, którą umieszcza się na miejscu oparzonem [bez ceratki], na to kładzie się suchą watę higroskopijną i bandaż. Opatrunku

takiego nie należy częściej zmieniać, jak raz na 24 godziny. Niezależnie od rozległości i głębokości oparzenia opatrunek robi się jednakowy. Ten sposób opatrywania oparzeń nie powoduje ani przyżegania, ani zatrucia, natomiast uspakaja prędko bóle, nie wywołuje ropienia i pozostawia prawidłowe, nie ściągające się blizny.

(*Concours médic. 1906*).

B. Zaleski.

253. Babes i Mironescu. O syfilomatach narządów wewnętrznych u noworodków i o stosunku syfilomatów do krętków białych.

Syfilis narządów wewnętrznych u noworodków przejawia się w trojakiej postaci: 1) w postaci rozsianej, którą znajdujemy we wszystkich lub tylko niektórych narządach, 2) w postaci guzów ograniczonych i nareszcie 3) znajdujemy mieszaną formę, przedstawiającą kombinację dwu pierwszych. Autorzy zajęli się drugą postacią [syfilomatami] i drobnostkowo opisują dwa spostrzegane przez siebie przypadki.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka, które umarło w kilka godzin po urodzeniu się przy objawach asfiksji. Przy oględzinach pośmiertnych autorzy znaleźli znaczne zmiany tylko w płucach, mianowicie liczne białe guzy, ograniczone, wielkości mniej więcej grochu. W guzach tych, barwionych sposobem LEVADITI'ego, znajdujemy całą kolonię spirochetów: guzów tych nie należy mieszać z gumatami, przedewszystkiem dlatego, że gumaty należą do okresu trzeciorzędnego, po większej części są zwyrodniałe i zawierają tylko skąpą liczbę krętków białych, gdy guzy u noworodków przedstawiają świeżą tkankę i zawierają kolosalną liczbę krętków. Autorzy nazwali te guzy wczesnymi syfilomatami (*Frühsyphilome*).

W drugim znów przypadku u noworodka, który żył tylko jeden dzień, główne zmiany znaleziono w wątrobie; cała wątroba mocno przekrwiona, usiana guzieczkami, wewnątrz których komórki wątroby tworzą masy olbrzymich komórek, okrążonych tkanką włóknikową. Po zabarwieniu sposobem RAMON'Y CAJAL'a i GIEMSA'Y w guzikach tych znajdujemy sporą liczbę krętków.

A zatem w obydwu obserwowanych przypadkach znajdujemy przy syfilisie ograniczone guzy a w nich mnóstwo krętków białych.

(*Berliner klinische Wochenschrift 1906, Nr. 34*).

Springer.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

61. Perboraty.

Perborat cynku otrzymujemy z nadtlenu sodu, jakiegokolwiek soli cynkowej i kwasu bornego. Jest to pulchny biały proszek; dzięki swym składowym częściom, jak oto: cynkowi, kwasowi bornemu i tlenowi w stanie czynnym znakomicie nadaje się do leczenia chorób skórnych. Stosunek składowych części perboratu cynku możemy dowolnie zmienić. Przetwór ten, stosowany przez HERXHEIMER'a i IPSEN'a (*Archiv für Dermatologie und Syphilis 1906. T. LXXXII. Z. 1*) zawiera 51% tlenku cynku, 28% kwasu bornego, 9% czyn-

nego tlenu, resztę [12%,] stanowi woda, chemicznie związana. Autorzy stosowali go w postaci maści 5% — 25% z wazeliną lub też pasty i na mocy dość licznego doświadczenia radzą stosować go przy przewlekłych nacieczeniach pryszczycowych, przyczem nacieczenie prędko znika; prócz tego przetwór ten uspakaja swędzenie; autorzy zmieniali pastę co trzeci dzień, a maść dwa razy dziennie. W ostrych pryszczycach perborat cynku jest przeciwwskazany.

Perborat magnezyi ma te same wskazania i przeciwwskazania, co perborat cynku.

Perborat sodu otrzymujemy z roztworu nadtlenu sodu i kwasu borowego, zawiera do 10% czynnego tlenu i 40% kwasu borowego; wobec drażniących własności i powolnego działania nie nadaje się do leczenia pryszczycy, natomiast daje dobre wyniki w leczeniu trądzika (*acne*) na twarzy; perborat sodu autorzy stosowali w postaci mieszaniny z wodą: garść na $\frac{1}{2}$ litra wody; mieszaninę tę nakładamy na twarz na noc i na drugi dzień z rana zmywamy; postępowanie to należy powtórzyć w ciągu kilku dni.

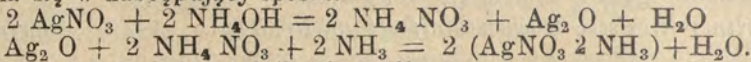
Z dobrym również wynikiem stosowali autorzy perborat cynku lub sodu w mieszaninie z talkiem w postaci proszku: *Natrii* lub *Zinci perborati* 20.0, *Talci* 80.0 do leczenia nadmiernego pocenia się (*hiperhidrosis*).

Nareszcie podczas leczenia rzęciowego dawali chorym proszek do czyszczenia zębów, składający się z perboratu sodu i węglanu wapnia (*Natrii perborati* 10.0, *Calcii carbonici* 90.0) przyczem nigdy nie zauważyli zapalenia jamy ustnej.

Springer.

62. O nowym przetworze srebra w leczeniu trypra u kobiet.

Otrzymujemy go w następujący sposób: do krystalicznego azotanu srebra, rozpuszczonego w niewielkiej ilości wody, dolewamy kroplami amoniaku, dopóki powstały przytem osad tlenku srebra nie rozpuści się i z nadmiarem amoniaku nie wytworzy połączenia azotanu srebra i amoniaku, co chemicznie przedstawia się w następujący sposób:

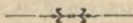


Za dodaniem odpowiedniej ilości mydlanego roztworu oleiny i amoniaku, otrzymamy przetwór, zawierający 5% azotanu srebra. Jest to gęsty, śliski, przezroczysty płyn ze słabym zapachem amoniaku. HERXHEIMER i IPSEN (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1906. T. LXXXI. Z. 1) stosowali go w rozcieńczeniu z wodą w stosunku 1:5, a w cięższych przypadkach używali mocniejszych roztworów [2:5, 4:5] w leczeniu trypra cewki, szyjki macicznej i kiszki stolcowej.

Do leczenia cewki wzmiankowani autorzy radzą prócz penzlowania cewki tym płynem jeden raz dziennie, wielokrotnie przemywać pochwę roztworem *Kalii hypermanganici* [1:2000] i dwa razy dziennie przestrzykiwać cewkę roztworem lapisu [1:3000]. Przetwór ten, co prawda, nie skraca czasu trwania choroby, ale ma to pierwszeństwo przed azotanem srebra, że nie działa drażniąco, nie wywołuje bólu i łatwo się daje wprowadzić do cewki w postaci tamponu, umoczonego w tem lekarstwie.

Springer.

Wiadomości bieżące.



— Grono lekarzy warszawskich zajmujących się chorobami nerwowymi krząta się około zawiązania Sekcyi neurologicznej przy tutejszem Towarzystwie Lekarskiem i zrobiło podanie o udzielenie lokalu Towarzystwa na posiedzenia Sekcyi, w którym odbywają się posiedzenia Sekcyi chirurgicznej, ginekologicznej, laryngologicznej.

— Kursa dla lekarzy we Lwowie odbędą się 1 — 20 grudnia r. b.

— W № 44 „Przeglądu Lekarskiego“ czytamy: „W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego. Wydział krajowy galicyjski wydał i rozesał świeżo okólnik w sprawie przyjmowania i leczenia chorych w szpitalach galicyjskich. Brzmi on, jak następuje:

„Wydz. kraj. L. 90,618. Okólnik do pp. lekarzy w szpitalach publicznych. Posada szpitalna, dając lekarzowi prócz płacy, podstawę naukową, sposobność do wykształcenia się w zawodzie i moralne oparcie, zapewnia mu tem samem pomyślne warunki do rozwinięcia praktyki prywatnej i zajęcia poważnego stanowiska społecznego. Są to korzyści, których nie można przeoczyć i które są zupełnie słuszne. Natomiast wszelkie inne wyzyskiwanie stanowiska szpitalnego w jakiejbądź formie poza pobieraną płacą, nie licuje z godnością lekarza, który przedewszystkiem ma dbać o dobro zakładu, do którego należy; o ile zaś dzieje się to na koszt chorych, narusza zarazem i humanitarną zasadę bezpłatności szpitala, która opiera się na tem, że taksa, pobierana od stron lub od funduszu krajowego, ma w zupełności pokrywać całe utrzymanie i leczenie chorego.

Ponieważ w jednym i drugim kierunku zdarzają się nieprawidłowości, dające powód do zażaleń i niepoehlebnych uwag, okazało się potrzebnem przypomnieć lekarzom istniejące przepisy i z naciskiem zalecić im pilne i ścisłe przestrzeganie tego wszystkiego, co nadaje szpitalowi w oczach ludności cechę instytucyi humanitarnej, wyłącznie publicznemu dobru służącej i oddanej, dla ubogich zupełnie bezpłatnej, a w żadnym wypadku nie żądającej nic więcej, prócz zwrotu własnych kosztów szpitala.

Wskazaną jest przedewszystkiem oszczędność w całej gospodarce szpitalnej i poszanowanie wszystkiego, co jest własnością szpitala, względnie do jego majątku należy. Im mniejsze bowiem są wydatki na cele ogólne szpitala, których chory bezpośrednio nie odczuwa, tem znaczniejsza część taksy może być obrócona na świadczenia, które wprost wpływają na poprawienie utrzymania i zaopatrzenia chorych. Z tego powodu ani z zapasów i opatrunków, ani z inwentarza nie powinien ani w szpitalu, ani poza szpitalem korzystać nikt inny, prócz chorych szpitalnych lub tych osób z personelu, którym Wydział krajowy prawo korzystania z czegokolwiek w szpitalu przyznał. Nieprzestrzeganie tej zasady uważać będzie Wydział krajowy za wykroczenie, krzywdzące chorych, a prócz tego demoralizujące służbę zakładową.

W sprawie przyjmowania chorych do szpitala wkradł się w niektórych miejscach zwyczaj, że chorzy przyjmowani są w szpitalu tylko w pewnych wyznaczonych na ten cel godzinach przedpołudniowych. Chorzy, którzy poza temi godzinami zgłaszają się do przyjęcia, muszą się udać do prywatnego mieszkania lekarza, są przez niego wówczas uważani za prywatnych chorych i za czynność przyjęcia muszą się opłacać, niejednokrotnie nawet wysoko. Zwyczaj ten w pewnych razach, np. jeżeli chory spóźni się na urzędową godzinę, a nie może czekać do dnia następnego, przeradza się w ciężki dla ubogiej ludności przymus okupywania sobie przyjęcia do szpitala. Doszedł do wiadomości Wydziału krajowego nawet fakt taki, że w pewnym

szpitalu chorzy z reguły tylko w prywatnem mieszkaniu lekarza do szpitala przyjmowani byli. Pamiętać więc należy, że szpital z natury swej jest w dzień i w nocy dla cierpiących otwarty, a przyjęcie chorych powinno być o ile możności ułatwione, że więc w przypadkach niepodejrzanych przyjąć chorego zgłaszającego się mogą siostry zakonne, a przynajmniej mogą go zatrzymać w szpitalu aż do przybycia lekarza i że wogóle za czynność przyjęcia do szpitala nikt nie ma prawa pobierać jakiegobądź opłaty. Wobec tego więc, wszelki przymus, aby chory przed przyjęciem do szpitala szedł do prywatnego mieszkania lekarza, upozorowany nieurzędową godziną lub potrzebą poprzedniego dokładnego zbadania, powinien być raz na zawsze zaniechany. Zresztą regularna wizyta lekarska nie tylko z rana, ale i popołudniu, usuwa wszelkie trudności co do przyjmowania chorych. O ile chory zgłasza się w czasie, gdy lekarza niema w szpitalu, może go siostra aż do przyjścia lekarza zatrzymać, a w razach wymagających natychmiastowej pomocy lekarza zawezwać. Również w czasie pobytu chorego w szpitalu lekarz bezwarunkowo pod żadnym pozorem nie może ani od chorego, ani od jego rodziny żądać jakiegobądź wynagrodzenia za swoje czynności z leczeniem tego chorego połączone ani też takiego wynagrodzenia przyjąć.

Leczenie w szpitalu chorych ambulatoryjnych nie jest właściwie przeznaczeniem szpitala, weszło jednak w zwyczaj w wielu zakładach bądźto w interesie lekarzy, bądź też celem niesienia pomocy ubogiej ludności. Zauważyć należy, że ten ostatni wzgląd coraz rzadziej dostatecznie uzasadnia potrzebę istnienia ambulatoryjnych wobec instytucji lekarzy okręgowych, kas chorych, urzędów sanitarnych miejskich, przepisów dla służbodawców i t. p., i dziś każdy niemal ubogi ma ustawowo zapewnioną bezpłatną pomoc ambulatoryjną lub domową, o ile mu zaś ta nie wystarcza, może być każdej chwili przyjęty do leczenia szpitalnego. Tak więc potrzeba ambulatoryjów szpitalnych jest pod względem humanitarnym dość wątpliwa, samo zaś ambulatoryum przedstawia wiele stron ujemnych, a nawet dla szpitala szkodliwych, których problematyczna moralność puszeki szpitalnej wcale nie znosi. I tak lekarz, który przy swej praktyce prywatnej pewną tylko część dnia może poświęcić szpitalowi, traci czas i siły w tej właśnie porze na ambulatoryum, czyniąc tem krzywdę chorym szpitalnym, a więc właśnie tym, dla których szpital istnieje; równocześnie i zakonnice i służba, zajęta przy obsłudze ambulatoryjów, zaniedbują swoje obowiązkowe zajęcia. Ambulatoryum nadto łączy się niezbędnie z opatrunkami, z użyciem płynów przeciwnilnych, dyspensacją maści i leków podręcznych, co dzieje się na koszt szpitala, odszkodowanie zaś niezawsze jest możebne, a zawsze trudne do ścisłego oznaczenia, tak, że otrzymują chorzy bezpłatnie leki i opatrunki, choć wcale ubogimi nie są. Wogóle ambulatoryum służy najczęściej za tanie źródło pomocy dla tych klas, którym ta pomoc tania ze względu na ich stan majątkowy nie jest potrzebna, a przez to stanowi niezdrowy czynnik konkurencyjny, bardzo szkodliwy dla miejscowych nieszpitalnych lekarzy, którzy pozbawieni bezpłatnej usługi, bezpłatnego lokalu z narzędziami, opatrunkami i całym urządzeniem, nie mogą z takim szpitalnem ambulatoryum współzawodniczyć co do wynagrodzenia za swe czynności. Daje to tylko powód do skarg i usprawiedliwionego rozgoryczenia. Są to wszystko dostateczne powody, by ambulatoryja zostały usunięte ze szpitali. Także i korzystny pozornie dla funduszu krajowego zwyczaj doleczania chirurgicznych rekonwalescentów szpitalnych w ambulatoryum, małą ma realną wartość, bo chorzy zwykle zaniedbują się w domu i ze znacznem pogorszeniem powracają do szpitala, tak, że ilość dni leczenia chorego powiększa się niepotrzebnie ze szkodą dla funduszu krajowego.

Z przytoczonych powodów Wydział krajowy ambulatoryja szpitalne znosi i zabrania by w szpitalu istniały puszeki, których celem jest zachęcanie chorych do składania niedozwolonych datków. Gdyby w którym ze szpitali ambulatoryum dla pewnej kategorii chorych było potrzebne, należy drogą urzędową przez komitet szpitalny uzyskać od Wydziału krajowego upoważnienie, które będzie udzielane tylko

wyjątkowo na pewien oznaczony czas, z wykluczeniem pobierania jakichkolwiek datków i w jakiegokolwiek formie.

Oprócz zwykłego ambulatoryum zdarzają się w szpitalu przypadki, że pacjent prywatny życzy sobie za umówionem z lekarzem honoraryum, poddać się czy to mniejszej operacji, czy instrumentalnemu, trudniejszemu badaniu, które z praktycznych względów odbyć się ma w szpitalu, a nie wymaga pozostania w opiece szpitalnej. W takich przypadkach chory powinien zapisać się sam lub za pośrednictwem lekarza do szpitala, jako samoplacący, na czas choćby najkrótszy, na II klasę, by w ten sposób pokryte zostały wydatki szpitala na opatrunki, lub zużycie materiałów i narzędzi, a zarazem, by pozostał w księgach ślad dokonanych czynności.

Uważając za potrzebną rzecz zwrócenie uwagi lekarzy na przytoczone powyżej postulaty etyki szpitalnej, Wydział krajowy wzywa PP. lekarzy, by się do wytkniętych w okólniku zasad ściśle zastośowali, co też niewątpliwie wpłynie na podniesienie się szpitali powszechnych, jako zakładów humanitarnych. Lwów, dnia 28 września 1906. Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomerji wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem. Marszałek krajowy: *Badeni*. Członek Wydziału krajowego: *Onyszkiewicz*.

Okólnik ten ogłosiło 27 października 1906 r. r ó w n o c z e ś n i e i d o s ł o w n i e kilka dzienników politycznych we Lwowie i w Krakowie, dodając tylko następującą np. uwagę:

„Okólnik ten, wystosowany do wszystkich lekarzy w publicznych szpitalach prowincjonalnych, posiada cechę wielkiej stanowczości i dlatego powitać go należy z uznaniem. Wydział krajowy postanowił z gruntu wykorzenić wszelkie niewłaściwości, jakie tu i owdzie się wydarzały, a tem samem podnieść poziom szpitali do tego znaczenia, jakie w rzędzie instytucji humanitarnych słusznie im się należy“.

Równobrzmiący z okólnikiem Wydziału krajowego i równoczesny komunikat w dziennikach krajowych budzić musi uzasadnione przypuszczenie, że dostał się on do prasy codziennej nie bez wiedzy Wydziału krajowego. Otóż, nie poruszając zupełnie merytorycznej strony okólnika Wydziału krajowego, musimy wyrazić co najmniej żdziwienie, że w ten sposób podano wbrew zwyczajowi do wiadomości szerokiego ogółu nie tylko te zarządzenia, które ogół ten obchodzić mogą, ale i te, które odnoszą się do wewnętrznych spraw szpitalnych i bywały zazwyczaj osłaniane tajemnicą urzędową, oraz motywa, skłaniające Wydział krajowy do tych zarządzeń. Nie przeczymy, że przytoczone w motywach tych nadużycia niektórych lekarzy, są smutnymi, ale prawdziwymi faktami, dokładnie przez Wydział krajowy stwierdzonymi, które nie tylko można, ale p o w i n n o się stawić pod pręgierz opinii i należyście napiętnować, za czem sami się oświadczaaliśmy. Ale fakta te, wyjątkowe, w okólniku zestawiono w taki sposób, że nawet nieuprzedzeni, a światli i krytyczni czytelnicy ze świata nielekarckiego, jak to wielokrotnie już sprawdziliśmy, tak rzecz zrozumieli, jakoby nadużycia takie były zjawiskiem p o w s z e c h n e m i codziennem we wszystkich szpitalach galicyjskich. Wrażenia tego nie osłabiła w niczem dodana w niewielu miejscach uwaga, że te „nieprawidłowości“ „wydarzają się“ w „niektórych“ szpitalach „tu i owdzie“, ale przeciwnie, jeszcze spotęgowała ciemne barwy, jakimi zbyt jednostronnie maluje okólnik obraz stosunków szpitalnych. Tem gorsze wrażenie wyrzucić musiała taka forma okólnika na szerokie, bezkrytyczne masy czytelników prasy codziennej, nie tylko obniżając opinię o lekarzach wogóle, ale także osłabiając zaufanie do szpitali.

W ten sposób motywa, przytoczone w okólniku, zrozumiane zostały przez ogół, jako ciężkie oskarżenie w s z y s t k i c h lekarzy szpitalnych, wniesione przez Wydział krajowy przez sąd społeczeństwa. Zbyt generalizując wyjątkowe nadużycia, potępiono w czambuł złych i dobrych, uczciwych i nieuczciwych i wyrządzono niepowetowaną krzywdę zarówno tej olbrzymiej większości lekarzy szpitalnych, która

uczciwie, ofiarnie i z poświęceniem pracuje w służbie krajowej, jak i całemu stanowi lekarskiemu.

F o r m a, w jaką ujęto okólnik Wydziału krajowego i w jakiej on dostał się do wiadomości publicznej, tak różna od komunikatów w innych sprawach publicznych, dotyka boleśnie wszystkich lekarzy w kraju i wzbudzić musi słuszne, a głębokie ich oburzenie.

Władza ma moc i środki po temu, by ukrócić nadużycia i ukarać wykroczenia podwładnych sobie p o s z c z e g ó l n y c h jednostek. Uczynić to mógł i powinien był Wydział krajowy, któremu nadużycia, nie od dzisiaj popelniane przez takie jednostki, nie od dzisiaj też były znane. Ale najsluszniejszych choćby i najlepszych zarządzeń nie powinno się ogłaszać publicznie w formie, zanadto generalizującej przypadki nadużyć, rzucającej niezasłużoną plamę na cały personal szpitalny w kraju i będącej ciężką ujmą dla tej części lekarzy szpitalnych, której postępowanie jest czyste, gdyż to, mogąc obniżyć zaufanie publiczne do szpitali, szkodzi zarazem samejże instytucji.

— W № 45 „Przeglądu Lek.” czytamy następujące ogłoszenie Izby lekarskiej zachodnio-galicyskiej: Wobec zdarzających się przypadków, że lekarze ogłaszają się w dziennikach z b y t d ł u g o, po parę miesięcy lub nawet przez cały rok, Wydział Izby widzi się zmuszonym przypomnieć uchwałę, powziętą w tej sprawie przez X Wiec Izb lekarskich, które opiewa: „Niedozwolone jest lekarzowi ustawiczne ogłaszanie się w pismach nielekarskich, chyba że uzyska w tym celu osobne pozwolenie ze strony Wydziału Izby, w której okręgu mieszka. Odnosi się to także do właścicieli i kierowników zakładów leczniczych”. Ogłoszenie to możnaby żywcem zastosować do stosunków warszawskich.

— Dla odwrócenia uwagi chorego podczas badania odruchu kolanowego używa się sposobu JENDRASSIK'a—rozciągania silnego zgiętych palców rąk. Chorzy niektórzy, nawet intelligentni, niezawsze potrafią to skutecznie wykonać. U takich KRÖNIG proponuje sposób zrozumiały nawet dla głupich, a mianowicie: na komendę wykonać bardzo silny wdech, przy jednoczesnym patrzeniu w sufit i w chwili, gdy badany zaczyna silnie wdychać, uderzyć w więz rzepkowy. Inni w tymże celu proponują wykonywać badanie w położeniu leżącym bocznym, gdy kończyny dolne są równoległe do siebie w półgięciu ułożone.

— MORGENROTH i CARPI wykazali, iż jad pszczoły, podobnie jak i jad węzów i skorpiona, zawiera substancję o charakterze toksycznym, która z lecytyną tworzy właściwą, hemolitycznie działającą toksolecytydę.